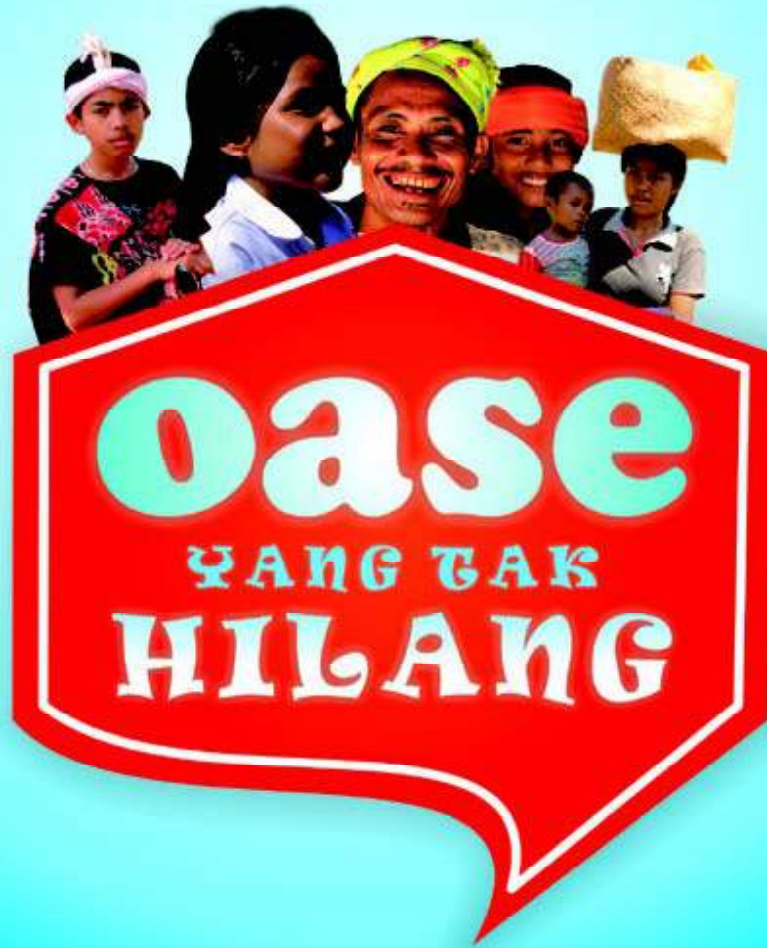


*"Stock Take Praktik-praktik Baik Partisipasi Warga
dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik"*



Australian Community Development and Civil Society
Strengthening Scheme (ACCESS) Phase II



Australian
AID 

MP3 MANAJEMEN
Pelayanan
Publik

OASE YANG TAK HILANG

*"Stock Take Praktik-praktik Baik Partisipasi Warga
dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik"*

Cetakan Pertama, April 2013

Ukuran 14 x 21 cm

Halaman xviii + 318

Tim Penulis:

Akhmad Misbakhul Hasan

Desiana Samosir

Edy H Gurning

Endang Susilowati

Enirawan

Febri Hendri

Fransisca Fitri,

Hendrik Rosdinar

Hyronymus Malelak

Iskandar Saharudin

La Didi

M.S. Wai

Patje Wan A Saubakhi

Rahman

Suryani Hajar

Yeni Pesipari

ISBN: 978 - 979 - 3580 - 58 - 6

Cover & Layout : Moelanka

Diterbitkan oleh:

YAPPIKA

Jl. Pedati Raya No. 20, RT 007/09, Jakarta Timur 13350,

Phone: +62-21-8191623, Fax: +62-21-85905262, +62-21-8500670,

E-mail: yappika@indosat.net.id Website: www.yappika.or.id



SAMBUTAN WAKIL MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR NEGARA DAN REFORMASI BIROKRASI

EKO PRASOJO

Assalamualaikum Wr. Wb.

Salam sejahtera bagi kita sekalian

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, dan sebagai apresiasi atas terbitnya buku dengan judul “Praktik Baik Penyelenggaraan Pelayanan Publik” ini saya sampaikan penghargaan atas penulisan buku ini.

Buku ini memuat tentang Praktik Baik Penyelenggaraan Pelayanan Publik, yang mengangkat nilai-nilai lokal masyarakat yang sudah sejak dahulu berkembang dan menjadi ciri khas dalam pembangunan kehidupan bermasyarakat di Indonesia.

Dalam buku ini secara khusus digambarkan kekayaan nilai-nilai lokal masyarakat Kabupaten Sumba Timur, Kabupaten Kupang, Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Bima, Kabupaten Jenepono, Kabupaten Bantaeng, Kabupaten Muna, dan Kabupaten Buton.

Misalnya, dalam aspek pemberdayaan masyarakat. Di Kabupaten Sumba Timur telah membentuk **Pusat Sumber Daya Warga / PSDW** (*citizen resource center /CRC*), yang melibatkan berbagai pihak, antara lain warga, pemerintah kelurahan, kecamatan dan kabupaten, DPRD, media, maupun organisasi-organisasi masyarakat, pihak perguruan tinggi serta organisasi masyarakat sipil lainnya baik yang berada di Sumba Timur maupun yang di Jakarta. PSDW/CRC saat ini bukan hanya sebagai pusat pengaduan, tetapi juga sebagai pusat pembelajaran dan pusat informasi bagi warga. Pendekatan *critical engagement* melalui wadah PSDW/CRC dengan didukung adanya **actor perubahan**, merupakan salah satu bentuk pemberdayaan warga dalam hal memiliki kesadaran kritis yang diarahkan agar warga mampu secara mandiri memperjuangkan hak dasarnya dalam pelayanan publik khususnya warga miskin, perempuan dan kaum marjinal. Hal ini digambarkan menjadi sasaran utama pemberdayaan, karena merekalah yang paling tidak bersuara. Pemberdayaan warga dan pelembagaan partisipasi dalam PSDW / CRC dikupas dalam buku ini selain untuk menjawab minimnya mekanisme pengawasan dan pengaduan formal di institusi pemerintahan berikut unit pelayanan, juga untuk meningkatkan interaksi antara warga unit penyelenggara-pemerintah mulai dari kelurahan, kecamatan hingga kabupaten, menjadi lebih dinamis dan setara.

Dalam aspek pembentukan wadah aktif masyarakat sipil, oleh dirinya sendiri buku ini memberikan ulasan bagaimana pembentukan *Community Center / CC* di Lombok Barat prakarsa tersebut datangnya dari masyarakat sipil, dalam hal ini Solidaritas Perempuan dan Jaringan Masyarakat Sipil yang dilakukan sejak tahun 2006. Berbagai kerja CC pada dasarnya digerakkan oleh tokoh-tokoh masyarakat dan atau aktivis-aktivis komunitas

setempat. Daya tolong CC secara keorganisasian dan daya ikatnya secara sosial memang tidak pada sebuah sistem kelembagaan, namun bertumpu kepada sebuah sistem atau struktur sosial kemasyarakatan. Struktur tersebut merupakan sebuah struktur sosial yang di-gerakkan oleh tokoh-tokoh masyarakatnya. Keberadaan CC ini secara langsung berdampak positif bagi komunitas desa. Selain tersedianya wahana informasi dan bantuan teknis bagi warga desa yang menghadapi persoalan pelayanan publik, juga berdampak pada kelestarian adat-istiadat masyarakat berbudaya Sasak. Setidaknya, ditingkat desa, dengan mengambil contoh Desa Mam-balan, dua lembaga adat telah berhasil direvitalisasi dana aktif hingga saat ini.

Di Kabupaten Bima ada Gerakan Perempuan Peduli Desa / GPPD, merupakan gambaran praktik baik pada kegiatan pemberdayaan perempuan di tingkat desa melalui pelayanan Posyandu berada pada berbagai tahapan. GPPD telah muncul dan mengambil peran multi- fungsi. Setidaknya dua fungsi telah dilakoni oleh GPPD. Fungsi pertama dalam pemberdayaan, dan fungsi kedua adalah sebagai pusat pengaduan masyarakat. Gambaran fungsi peran pertama, GPPD membahas “gerakan perempuan” yang memiliki perhatian pada keberadaan perempuan-perempuan yang umumnya berada pada posisi marginal. Sedangkan fungsi-peran kedua, GPPD mengemukakan “pedulidesa” sebagai ruang keluhan masyarakat atas berbagai peran dari proses dan hasil interaksi masyarakat (baca: isusosial) dan dari proses dan hasil pelayanan publik (isu pelayanan publik) dari parapihak terkait (umumnya adalah pemerintah) untuk selanjutnya diselesaikan pada level mulai dari tingkat komunitas. atau ditindaklanjuti pada hirarki selanjutnya.

Bagi saya, penulisan buku praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik semacam ini merupakan tradisi yang baik dan penting. Melalui penulisan buku ini, berbagai praktik baik dalam penyelenggaraan pelayanan publik di beberapa daerah senantiasa harus diperkuat dan disarankan untuk direplikasi di daerah lain melalui bergai penyesuaian.

Beberapa contoh nilai-nilai lokal masyarakat yang sudah digali oleh MP3 (Masyarakat Peduli Pelayanan Publik) dan diangkat dalam sebuah buku, menunjukkan bahwa prestasi dan kinerja yang baik tidak akan hadir begitu saja, tetapi pastilah melalui perjuangan dan kerja keras.

Disamping itu, buku ini juga diharapkan dapat memberikan andil di dalam membangun citra pemerintah yang positif.

Saya sampaikan selamat dan penghargaan, serta ucapan terimakasih kepada MP3 atas segalakarya dan pengabdianya untuk kemajuan penyelenggaraan pelayanan publik di tanah air tercinta ini.

Semoga buku ini menjadi referensi yang bermanfaat bagi setiap pembacanya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Wakil Menteri PAN dan Reformasi Birokrasi
Jakarta, Januari 2013

Eko Prasjo

PENGANTAR ACCESS

*(Australian Community Development and Civil
Society Strengthening Schema)*

PAUL BOON

Diretur Program ACCESS Tahap II

Pemberdayaan warga bukanlah sejarah baru bagi Indonesia. Semenjak era delapan puluhan kegiatan pemberdayaan warga terus berkembang dan semakin marak hingga sekarang. Sudah sangat banyak metode atau cara yang dikembangkan dan diterapkan yang pada tujuannya adalah sama, yakni warga yang berdaya. Warga berdaya diindikasikan ia memiliki pengetahuan dan ketrampilan. Namun ia juga aktif berpartisipasi dan berinisiatif melakukan perbaikan di lingkungannya.

Ranah pemberdayaan warga berkembang semakin meluas sesuai kebutuhan warga. Diantaranya ada pemberdayaan ekonomi, pemberdayaan dalam bidang pembangunan, pemberdayaan dalam pengelolaan lingkungan hidup, pemberdayaan untuk pertanian, dan masih banyak lainnya. Hampir semua kementerian dan lembaga negara mempunyai program pemberdayaan masyarakat. Tidak ketinggalan lembaga non pemerintah pun sangat aktif melakukan pemberdayaan. LSM maupun organisasi masyarakat sipil (OMS) semakin tumbuh di daerah yang menunjukkan bahwa kepedulian pemberdayaan semakin marak. Sekarang juga marak berdiri komunitas peduli yang terdiri dari para relawan.

Australian Community Development and Civil Society Strengthening Schema (ACCESS) Tahap II yang dimulai pada tahun 2008 ikut berpartisipasi dan meramaikan pembedayaan masyarakat. Program ini didanai oleh grant dari pemerintah Australia yang dilaksanakan di 20 Kabupaten/Kota di Provinsi NTB, NTT, Sulsel, dan Sultra. Di provinsi NTB meliputi Kabupaten Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Utara, Bima, dan Dompu, di Provinsi NTT meliputi Kabupaten Sumba Barat, Sumba Baratdaya, Sumba Tengah, dan Sumba Timur, di Provinsi Sulawesi Selatan meliputi Kabupaten Gowa, Takalar, Jeneponto, Bantaeng, dan Kepulauan Selayar, dan di Provinsi Sulawesi Tenggara meliputi Kabupaten Buton, Buton Utara, Muna, dan Kota Baubau.

Program ACCESS Tahap II mengusung harapan mencapai **“Warga dan organisasi warga berdaya dan mampu berinteraksi aktif dengan pemerintahan lokal dalam upaya meningkatkan hasil-hasil pembangunan”**. Harapan ini memiliki tiga substansi penting di dalamnya yaitu (1) warga dan organisasi warga yang berdaya, (2) hubungan atau interaksi aktif (*engagement*) antara warga dengan pemerintah (negara), dan (3) meningkatkan hasil-hasil pembangunan. Ketiga substansi tersebut menjadi satu bagian sehingga warga maupun organisasi warga yang sudah berdaya harus mampu berinteraksi (*engage*) untuk mendukung perubahan dan mencapai hasil pembangunan lebih baik. Pengalaman yang diperoleh ACCESS antara lain bahwa warga yang aktif dan kritis merupakan pilar utama bagi proses demokratisasi dan perubahan yang berkelanjutan yang bermanfaat bagi orang miskin, perempuan dan kaum terpinggirkan lainnya.

Dalam melaksanakan misi pemberdayaan, ACCESS Tahap menerapkan metode berbasis aset (kekuatan). *Strength base approach* (SBA) serta *Appreciative inquiry* (AI) adalah dua metode yang diterapkan untuk mendorong basis kekuatan yang sebenarnya telah dimiliki oleh warga. Kedua metode tersebut merupakan bagian dari pendekatan *Asset Base Community Development* (ABCD) yang akhir-akhir ini marak diperbincangkan. Baik SBA maupun AI membuktikan mampu menciptakan dinamika yang semarak di tingkat warga dan organisasi warga.

Banyak inisiasi yang lahir otentik dari aset yang mereka miliki. Dalam menjalankan program, ACCESS Tahap II bekerjasama dengan para mitra lokal di setiap Kabupaten/Kota maupun mitra strategis di level nasional. Kolaborasi ini sangat membantu kelancaran dalam membangun pertautan (engagement) antar pihak di desa hingga nasional.

Pemberdayaan warga telah berhasil baik untuk mendukung *policy* pembangunan berbasis warga (*people centered development*), termasuk di dalamnya upaya perbaikan pelayanan publik. Di lingkungan warga yang aktif pelayanan publik berkembang positif baik dalam bidang kesehatan maupun. Demikian pula dengan pemenuhan kebutuhan dasar seperti air bersih, sanitasi, sampai dengan ketahanan pangan. Warga aktif berkontribusi ide sampai dengan materi untuk mencapai harapan mereka. Sebagaimana sudah menjadi pengetahuan umum, bahwa pelayanan yang buruk dan tidak adil disebabkan oleh ketidakpahaman warga akan hak yang diterimanya. Kita masih sering mendengar ada keluarga miskin yang tidak mendapat pelayanan dengan baik, namun keberadaan organisasi warga seperti *community center* (CC) di Lombok Barat terbukti dapat membantu mencerahkan warga dan bertransaksi dengan Puskesmas untuk membuat Maklumat Layanan. Lembaga semacam CC juga berkembang di beberapa daerah lain seperti Lembaga Pengaduan Masyarakat (LPM) di Jeneponto dan Pusat Informasi dan Pemberdayaan Masyarakat (PIPM) di Buton dan Buton Utara.

Sebagaimana UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik yang telah memberikan ruang partisipasi warga dalam menentukan standar pelayanan maupun menyusun maklumat layanan, warga berdaya menjadi hal yang sangat penting sehingga hasil keduanya benar-benar dapat mendukung hadirnya pelayanan publik yang baik bagi warga.

Dalam buku ini disampaikan beberapa praktik baik peranan warga dalam pelayanan publik yang terjadi di wilayah ACCESS Tahap II. Buku ini diharapkan dapat menyumbang dan memperkaya perspektif maupun referensi bagi percepatan perbaikan pelayanan yang menjadi tujuan pembangunan global (MDGs).

Akhirnya, kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah berkontribusi pada lahirnya buku ini. Secara khusus ucapan terima kasih disampaikan kepada tim MP3 yang telah melakukan *stocktake* praktik baik peran warga dalam pelayanan publik yang menjadi dasar penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat untuk perbaikan pelayanan publik di Indonesia.

PAUL BOON

Diretur Program ACCESS Tahap II

KATA SAMBUTAN

Oleh:

Fransisca Fitri

(Koordinator Masyarakat Peduli Pelayanan Publik-MP3)

Lahirnya Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (UU PP) seperti menabur harapan baru bagi perbaikan kualitas pelayanan publik bagi seluruh masyarakat Indonesia. Substansinya menjanjikan pelayanan publik harus dijalankan sesuai dengan prinsip-prinsip universal; jaminan atas hak dan kewajiban bagi masyarakat; rumusan mekanisme partisipasi masyarakat mulai dari tahap perencanaan hingga monitoring evaluasi, dan pemberian penghargaan bagi penyelenggara pelayanan publik; mekanisme pengawasan internal dan eksternal; serta serangkaian sanksi ringan hingga pemberhentian tidak dengan hormat. Pada sisi kebijakan, ini menunjukkan pertanda baik keseriusan dan komitmen pemerintah untuk perbaikan kualitas layanan publik. Hal ini dipertegas oleh Bapak Wiharto Deputy Bidang Pelayanan Publik, Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi menyebutkan bahwa UU PP menjadi roh atau semangat reformasi, karena substansinya progresif dan 60-80% isinya terkait partisipasi aktif masyarakat. Hanya sayangnya implementasinya sulit karena para birokrat belum siap menerima konsekwensi reformasi dan pembenahan birokrasi sebab belum memiliki

frame berfikir sebagai pelayan rakyat.¹ Pada sisi praktik, juga ditemui sejumlah tantangan dan kelemahan mendasar terkait penyelenggaraan pelayanan publik.

Di Jakarta misalnya, *Harian Kompas* 14 Januari 2013 memuat berita ditolaknya pasien miskin oleh salah satu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dengan alasan kamar penuh.² Tidak jauh berbeda dengan Jakarta, di Klaten, Jawa Tengah, seorang pasien kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) juga ditolak cuci darah dengan alasan kartu Jamkesmas tidak berlaku untuk cuci darah.³ Tidak hanya pada bidang kesehatan, kondisi pelayanan publik di bidang pendidikan, administrasi kependudukan, akses dan kondisi fasilitas umum juga masih memprihatinkan. Menurut survei yang dilakukan oleh *World Bank* tahun 2011 dari 183 negara, Indonesia menempati urutan ke 129 dalam hal pelayanan publik.⁴ Sementara Indeks Persepsi Korupsi (IPK) Indonesia malah memburuk, dari urutan 100 (2011) menjadi urutan 118 dari 176 negara pada 2012. Korupsi dinilai cenderung meluas dan dilakukan pejabat dari berbagai level dan meluas ke semua pemerintah daerah.⁵ IPK ini lebih menggambarkan dari hasil *Survey Integritas Sektor Publik*, mayoritas pemerintah daerah mendapatkan nilai integritas di bawah batas minimal yang ditetapkan oleh KPK sebesar 6.⁶ Sementara itu, kita juga menghadapi realitas memudahkan inovasi-inovasi pelayanan publik yang pernah menjadi ikon, dan dulunya menjadi salah satu argumentasi Masyarakat Peduli Pelayanan Publik (MP3) dalam advokasi Rancangan Undang Undang Pelayanan Publik.

Dalam konteks itulah, MP3 memandang penting untuk lebih jauh mengidentifikasi, memverifikasi, dan mendokumentasikan berbagai praktik baik pelayanan publik, khususnya yang ber-

¹ Refleksi 3 tahun implementasi Undang Undang Pelayanan Publik, Semiloka MP3 di Hotel Borobudur, 17 Juli 2012.

² www.kompas.com, 14 Januari 2013, diakses tanggal 23 Januari 2013

³ www.suaramerdeka.com, 12 Januari 2013, diakses tanggal 23 Januari 2013

⁴ Aparaturnegara.bappenas.go.id, 20 Desember 2011, diakses tanggal 23 Januari 2013

⁵ www.tempo.co/read/news/2012/12/06/078446210/Indeks-Persepsi-Korupsi-Indonesia-Masih-Buruk

⁶ <http://www.kpk.go.id/id/berita/siaran-pers/744-hasil-survei-integritas-sektor-publik-tahun-2012>

langsung di wilayah-wilayah Simpul MP3. Oleh karena beberapa tahun terakhir di-temukan daerah-daerah yang memiliki inovasi untuk mendorong terwujudnya *social accountability* di tingkat lokal, khususnya atas dorongan eksternal seperti kelompok warga, LSM atau lembaga donor. MP3 ingin secara khusus mempelajari praktik-praktik baik yang dilakukan oleh masyarakat sipil yang bisa dikaitkan langsung dengan berbagai peluang partisipasi masyarakat yang dijamin oleh UU PP.

Beberapa cerita menarik praktik baik tersebut di-peroleh dari beberapa daerah di Indonesia Bagian Timur. Warga di beberapa daerah di kawasan ini bergerak bersama dan mampu mencari jalan mengatasi keterbatasan yang mereka alami dalam memperoleh hak dasar mereka. Di beberapa lokasi diperoleh praktik baik tentang kegigihan warga berjuang untuk perbaikan pelayanan kesehatan melalui desa siaga, merevitalisasi posyandu-posyandu dan spirit kerelawanan sebagai kadernya, atau terjun langsung dalam menyediakan jamban keluarga. Di beberapa lokasi lain diperoleh praktik baik tentang perubahan dari pasif menjadi warga yang aktif dalam peran-peran mengawasi penyelenggaraan pelayanan publik, menerima dan memediasi atau mengadvokasi kasus pelayanan publik warga sekitarnya, dan mengedukasi warga tentang hak dan kewajiban yang dijamin oleh UU PP maupun beberapa kebijakan lain.

Fakta-fakta yang terkumpul ini mampu menjelaskan bahwa pada situasi dimana negara tidak atau belum bisa secara maksimal memenuhi kebutuhan warga akan pelayanan publik yang mudah diakses, murah, dan akuntabel, warga mampu membangun gerakan untuk mengatasi kekosongan-kekosongan yang ada. Dan bahkan gerakan warga tersebut berdampak pada tumbuhnya tanggung jawab sosial pemerintah daerah dan unit-unit layanan yang menjadi sasaran advokasi. Semangat kesukarelawanan warga turut berkontribusi pada pemenuhan hak-hak dasar khususnya hak atas pelayanan publik.

Tulisan yang dirangkum dalam buku ini menjadi inspirasi tersendiri terhadap semangat perbaikan penyelenggaraan pelayanan publik di Indonesia. Harapan Saya, dengan tulisan ini nilai-nilai yang termuat dalam cerita praktik baik ini dapat

ditransformasikan dan dikembangkan di daerah lain. Saya mewakili Masyarakat Peduli Pelayanan Publik menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada para peneliti MP3, baik yang di Jakarta maupun dari Simpul MP3, yang telah mampu mengambil cerita baik untuk dibagikan demi membangun Indonesia yang lebih baik. Terima kasih yang tak terhingga Saya ucapkan kepada Yayasan Karaeng Opu (Yasko), PATTIRO JEKA, Yayasan Bina Potensi Wanita (Yasinta), Para Kader Posyandu, Jaringan Masyarakat Sipil (JMS) Lombok Barat, Perkumpulan SOLUD, INCREASE, Stimulant Institute, dan Pusat Sumber Daya Warga yang bersedia membagikan cerita praktik baik partisipasi warga. Terima kasih juga saya sampaikan kepada Prof. Dr. Eko Prasjo, Mag. rer. Publ. Wakil Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi serta Drs. Ratminto, M. Pol. Admin yang memberikan kata sambutan dan pengantar dalam tulisan ini. Kepada Mas Yando Zakaria serta tim *Malang Corruption Watch* (MCW) terima kasih atas bantuan sebagai penyunting akhir buku ini. Terakhir, terima kasih kepada Program ACCESS Tahap II yang telah mendukung MP3 untuk mengumpulkan pembelajaran dari kerja-kerja Simpul dan mewujudkannya dalam bentuk buku dan beberapa dokumen lain.

Akhir kata saya ingin mengutip kata-kata Pramoedya Ananta Toer dalam Buku Rumah Kaca bahwa setiap tulisan merupakan dunia tersendiri, yang terapung-apung antara dunia kenyataan dan dunia impian. Untuk itu, agar tulisan ini tidak hanya sekedar menjadi impian perubahan, mari bersama-sama kita bergerak me-wujudkan pelayanan publik yang lebih baik. Partisipasi anda telah dijamin oleh Undang Undang Pelayanan Publik yang telah disahkan 3 tahun yang lalu. Selamat Membaca!

DAFTAR ISI

Daftar Isi____xvii

BAGIAN I PENDAHULUAN

Latar Belakang____	10
Tujuan Studi____	12
Manfaat Studi____	12
Hasil Studi yang Diharapkan____	13
Ruang Lingkup Studi dan Fokus Studi____	13
Definisi Konsep Studi____	14
Metodologi____	19
Poin-poin Pertanyaan Wawancara Mendalam____	21

BAGIAN II HASIL STOCKTAKE

1. PELAJARAN BAIK DARI SUMBA TIMUR

I. Kemiskinan Akut di Sumba Timur____	27
II. Potret Pelayanan Publik____	29
III. Pembentukan dan Pelembagaan Praktik Baik____	34
IV. Pencapaian Keberhasilan dan Keberlanjutan Pusat Sumber Daya Warga____	63
V. Tantangan dan Keberlanjutan____	69
VI. Kesimpulan dan Rekomendasi____	72

2. PRAKTIK BAIK JEJARING DESA SIAGA DI KABUPATEN KUPANG

- I. Profil Kabupaten Kupang____75
- II. Pelayanan Kesehatan Kabupaten Kupang dibawah Standar WHO____77
- III. Proses Pembentukan dan Pelembagaan Jejaring Desa Siaga____79
- IV. Tantangan dan Keberlanjutan Jejaring Desa Siaga____111

3. MELEMBAGAKAN PARTISIPASI WARGA UNTUK PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN LOMBOK BARAT

- I. Profil Kabupaten Lombok Barat____117
- II. Kurangnya Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan____120
- III. Peran Community Center dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan____128
- IV. Kesimpulan dan Rekomendasi____145

4. PEREMPUAN PENGGERAK PELAYANAN PUBLIK DI KABUPATEN BIMA

- I. Kondisi Kabupaten Bima____149
- II. Sektor Kesehatan Menjadi Prioritas____152
- III. Pembentukan dan Pelembagaan Praktik Baik____156
- IV. Catatan Akhir____183

5. MENGELOLA PENGADUAN MASYARAKAT

- I. Gambaran Umum Kabupaten Janeponto____185
- II. Situasi Pelayanan Publik di Kabupaten Janeponto____189
- III. Proses Pembentukan dan Pelembagaan Praktik Baik____195

IV. Capaian, Dampak dan Keberlanjutan	209
V. Kesimpulan	214
6. MENJADIKAN SUARA WARGA	
I. Menggugat Perbaikan Pelayanan Publik	219
II. Pembentukan dan Pelembagaan Pusat Pengaduan	225
III. Perbaikan Kinerja Pelayanan Publik Kabupaten Banten	234
IV. Capaian dan Dampak yang Terjadi	240
V. Mengukur Tantangan Merajut Keberlanjutan	242
7. DARI KEBUN KE JAMBAN	
I. Kabupaten Muna	245
II. Pelayanan Kesehatan dan Posyandu di Kabupaten Muna	247
III. Arisan Jamban Keluarga: Upaya Membangun Perilaku Sehat	259
IV. Catatan Penutup	272
8. POTENSI LOKAL DAN PELEMBAGAAN POSYANDU	
I. Ketimpangan Jumlah Tenaga Kerja dengan Jumlah Penduduk	280
II. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di wilayah Kabupaten Buton	283
III. Proses dan Pelembagaan Posyandu di Kabupaten Buton	291
Daftar Pustaka	315



Oleh: Drs. Ratminto, M.Pol. Admin.

Seiring dengan menguatnya ide *good governance*, tuntutan akan pelayanan publik yang semakin berkualitas juga semakin menguat. Hal ini bisa dilihat dari rangkaian proses pelayanan publik yang harus diselenggarakan secara amanah, transparan, akuntabel dan partisipatoris serta dapat diakses secara ramah, mudah, murah, cepat, jelas dan tidak diskriminatif.

Disahkannya undang-undang nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik pada tanggal 18 Juli 2009 diharapkan dapat menjadi *trigger* sekaligus *starting point* dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan publik. Meskipun ada beberapa kelemahan yang masih melekat di dalam undang-undang ini, sehingga ada beberapa pihak yang masih belum puas. Namun demikian kehadiran undang-undang ini adalah merupakan salah satu capaian penting dalam upaya percepatan reformasi pelayanan publik di Indonesia.

Di dalam konsideran undang-undang pelayanan publik antara lain disebutkan bahwa negara berkewajiban melayani setiap warga negara dan penduduk untuk memenuhi hak dan kebutuhan dasarnya dalam kerangka pelayanan publik yang merupakan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik

Indonesia Tahun 1945. Hal ini berarti bahwa undang-undang pelayanan publik meletakkan paradigma hak azasi manusia, yaitu pelayanan publik sebagai pemenuhan hak dasar warga negara. Berbagai amanah di dalam undang-undang pelayanan publik yang harus dilakukan antara lain adalah:

1. Penyusunan standar pelayanan
2. Perumusan maklumat pelayanan
3. Pengembangan sistem informasi pelayanan publik
4. Pengelolaan sarana, prasarana, dan/atau fasilitas pelayanan publik
5. Pengaturan biaya tarif pelayanan
6. Penyelenggaraan pelayanan khusus
7. Pengaturan perilaku pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan
8. Pengawasan penyelenggaraan pelayanan
9. Pengelolaan pengaduan
10. Penilaian kinerja

Kesemua amanah itu harus dilakukan secara partisipatoris, transparan dan akuntabel. Disini warga masyarakat harus diberlakukan bukan hanya sebagai *stakeholders* tapi lebih sebagai *shareholders*.

Kata *stakeholders* kadang diterjemahkan sebagai petaruh, artinya orang atau pihak yang terpengaruh baik secara langsung maupun secara tidak langsung dalam penyelenggaraan pelayanan yang dilakukan oleh suatu organisasi. Oleh karena mereka selalu terpengaruh oleh organisasi penyelenggara pelayanan, maka aspirasi mereka harus diperhatikan. Sementara itu *shareholders*, biasa diterjemahkan sebagai pemegang saham. Artinya mereka adalah bagian dari pemilik organisasi yang menyelenggarakan pelayanan publik. Dengan demikian mereka ini tidak hanya harus diperhatikan aspirasinya, tapi sebagai bagian dari pemilik,

mereka berhak untuk ikut dalam proses pengambilan keputusan. Jelas bahwa posisi tawar *shareholders* jauh lebih tinggi dibanding posisi tawar *stakeholders*.

Salah satu ilmuwan yang menyarankan bahwa *warga* harus dianggap sebagai *shareholders* adalah Tony Bovaird, yang menggunakan istilah *coproduction*. Bovaird¹ menjelaskan bahwa posisi masyarakat umum dan *warga* dalam penyelenggaraan pelayanan publik adalah sebagai *coproducer*. Bovaird² menyatakan bahwa dalam proses penyelenggaraan pelayanan publik, ada dua tahapan penting, yaitu: (a) perencanaan atau perumusan desain pelayanan; dan (b) pelaksanaan atau implementasi desain tersebut. Berdasarkan peran *warga* dan *providers* (sebagai *producer* utama, sebagai *coproducer* atau *consumer*) dalam tahapan perencanaan dan tahapan implementasi rencana, Bovaird³ memetakan pola hubungan diantara mereka dalam penyelenggaraan pelayanan publik menjadi:

1. Penyelenggaraan pelayanan tradisional (*warga* tidak dilibatkan dalam implementasi) tapi proses perencanaannya mengikutsertakan *warga* sebagai *coproducer*
2. Proses perencanaan tidak mengikutsertakan *warga*, tapi implementasinya mengikutsertakan *warga* sebagai *coproducer*
3. *Warga* bertindak sebagai *coproducer*, baik dalam proses perencanaan maupun dalam proses pengimplementasian rencana
4. *Warga* bertindak sebagai *coproducers* dengan tanpa didahului proses perencanaan yang formal
5. *Warga* bertindak sebagai *producer* utama atas rencana yang sepenuhnya dibuat oleh *providers*

¹ Bovaird, Tony. 2007. "Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services", in *Public Administration Review*, Vol. 67 (Sep/Oct). Hal. 846.

² Ibid. Hal. 847.

³ Ibid. Hal. 848.

6. Warga bertindak sebagai *producer* atas rencana yang dibuat secara bersama-sama antara *providers* dengan warga

Semangat undang-undang pelayanan publik adalah menempatkan warga sebagai *coproducer*, baik dalam proses perumusan desain pelayanan publik maupun dalam proses implementasi atau pelaksanaan desain tersebut. Ini adalah kondisi yang sangat ideal dan sesuai dengan semangat *good governance*.

Undang-undang pelayanan publik telah menjamin hak dan kewajiban, serta membuka peluang yang seluas-luasnya bagi seluruh warga masyarakat untuk secara aktif berpartisipasi terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan publik, baik dalam proses perumusan desain pelayanan publik maupun dalam proses implementasi atau pelaksanaan desain tersebut. Dengan kata lain seluruh warga masyarakat diberi kesempatan untuk berpartisipasi secara aktif di dalam proses penyelenggaraan pelayanan publik, mulai dari proses perencanaan, proses implementasi, sampai dengan proses monitoring dan evaluasi. Partisipasi warga masyarakat ini dapat dilakukan dalam sepuluh kegiatan penyelenggaraan pelayanan publik, mulai dari kegiatan: (1) Penyusunan standar pelayanan; (2) Perumusan maklumat pelayanan; (3) Pengembangan sistem informasi pelayanan publik; (4) Pengelolaan sarana, prasarana, dan/atau fasilitas pelayanan publik; (5) Pengaturan biaya tarif pelayanan; (6) Penyelenggaraan pelayanan khusus; (7) Pengaturan perilaku pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan; (8) Pengawasan penyelenggaraan pelayanan; (9) Pengelolaan pengaduan; sampai dengan (10) Penilaian kinerja.

Berangkat dari penjelasan diatas, buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan gambaran kepada pembaca tentang berbagai bentuk partisipasi yang dapat dilakukan oleh warga masyarakat dalam proses penyelenggaraan pelayanan publik

yang baik. Bab-bab yang ditulis di dalam buku ini adalah contoh praktik baik dalam penyelenggaraan pelayanan publik di delapan kabupaten. Deskripsi praktik baik pelayanan publik yang didokumentasikan di dalam buku ini merupakan kegiatan yang diinisiasi oleh organisasi masyarakat sipil (OMS). Memang pernah ada buku sejenis, seperti misalnya ‘Terobosan dan Inovasi Manajemen Pelayanan Publik’⁴ yang ditulis lebih untuk kepentingan akademis. Atau ada juga buku sejenis yang ditulis lebih untuk kepentingan praktis dan diberi judul: ‘Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Publik’.⁵ Akan tetapi kedua buku tersebut ditulis sebelum undang-undang pelayanan publik disahkan. Sedangkan buku ini ditulis tiga tahun setelah undang-undang pelayanan publik disahkan. Dengan demikian buku ini lebih dapat memberikan gambaran tentang berbagai peluang partisipasi yang dapat dilakukan oleh warga masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik, sesuai dengan koridor yang diberikan dalam undang-undang pelayanan publik.

Di dalam bab pertama, dideskripsikan contoh praktik baik dalam penyelenggaraan pelayanan publik, khususnya dalam hal penanganan pengaduan masyarakat yang diinisiasi oleh PATTIRO Jeka di Kabupaten Jeneponto. Di Kabupaten Jeneponto penanganan pengaduan dilakukan dengan cara membentuk Lembaga Pengaduan Masyarakat (LPM). Sampai dengan saat ini sudah dapat dibentuk LPM di 48 Desa. Di dalam bab satu contoh praktik baik penanganan pengaduan difokuskan pada tiga LPM, yaitu di Desa Bonto Ujung, Desa Bontotiro dan Desa Garassikang. Pemilihan ke tiga desa itu dikarenakan pencapaian praktik baiknya relatif lebih tinggi dibandingkan dengan desa yang lainnya. Pembentukan LPM ini sangat efektif sehingga dapat

⁴ Lihat Hanif, Hasrul & Ucu Martanto (editor). 2005. Terobosan dan Inovasi Manajemen Pelayanan Publik. FISIPOL UGM Yogyakarta.

⁵ Lihat: Kodhiyat (editor ahli). 2006. Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Publik Kiat dan Terobosan Kabupaten/Kota. Kementrian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara. Jakarta.

menempatkan warga masyarakat sebagai *shareholders*, baik dalam proses perumusan desain pelayanan, maupun dalam proses pelaksanaan desain tersebut. Kesemuanya itu benar-benar sesuai dengan keinginan warga masyarakat, karena desain pelayanan dikembangkan berdasarkan keluhan atau pengaduan masyarakat.

Bab dua mendiskusikan contoh praktik baik dalam hal penanganan pengaduan masyarakat dan perumusan standar pelayanan yang diinisiasi oleh Yayasan Karaeng Opu (YaskO) di Kabupaten Bantaeng. Hampir sama dengan bab sebelumnya, bab ini juga membuktikan bahwa penyelenggaraan pelayanan publik yang berkualitas dapat dimulai dengan adanya pengelolaan pengaduan yang efektif, di Kabupaten Bantaeng, penanganan pengaduan masyarakat dilakukan dengan membentuk Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4). Disini warga masyarakat juga sudah dianggap sebaga *shareholders*, baik dalam proses perumusan desain pelayanan, maupun dalam proses pelaksanaan desain tersebut. Hal ini terindikasi dengan berhasil dibentuknya Brigade Siaga Bencana (BSB) serta dirumuskannya piagam warga yang pada hakekatnya adalah merupakan contoh praktik baik perumusan standar pelayanan yang dilakukan secara bersama-sama antara penyelenggara pelayanan dengan warga masyarakat. Praktik baik ini juga sudah mendapat pengakuan secara nasional. Hal ini terbukti dengan diberikannya dua *award* dan satu *grand award* dari *Fajar Institute of Pro Otonomi* (FIPO). Dua *award* yang diperoleh adalah untuk kategori pemberdayaan masyarakat dan pengentasan kemiskinan serta kategori bidang pelayanan kesehatan. Sedangkan *grand award* yang diperoleh adalah untuk kategori bidang pelayanan publik. Kemudian pada tanggal 14 November 2011, Kabupaten Bantaeng juga ditetapkan oleh Menteri Kesehatan menjadi Kabupaten Sehat Tingkat Nasional.

Bab tiga menjelaskan tentang pengembangan partisipasi masyarakat dalam Pengelolaan sarana, prasarana, dan/atau fasilitas pelayanan publik, dan perumusan standar pelayanan yang diinisiasi oleh LSM Lambu Ina di Kabupaten Muna. Pengembangan partisipasi masyarakat dilakukan dengan menggunakan metode klasik, yaitu arisan. Akan tetapi kalau biasanya objek arisan adalah uang, maka di Kabupaten Muna objek arisannya adalah jamban. Hal ini terbukti dapat menjadi salah satu model pengelolaan sarana, prasarana, dan/atau fasilitas pelayanan publik yang sangat efektif sehingga dapat diwujudkan pelayanan publik yang berkualitas. Model ini juga dapat meningkatkan partisipasi warga dan meningkatkan posisi tawar warga sehingga akhirnya dapat dirumuskan piagam warga. Piagam warga ini memang tidak dikenal di dalam Undang Undang Pelayanan Publik. Sebenarnya ini adalah modifikasi dari perumusan standar pelayanan maklumat pelayanan. Di dalam Undang Undang Pelayanan Publik diatur bahwa standar pelayanan dirumuskan secara bersama-sama antara warga dan penyelenggara. Kemudian setelah standar disepakati, penyelenggara pelayanan merumuskan dan mengumumkan standar itu sebagai maklumat pelayanan. Sementara dalam piagam warga, baik dalam proses perumusan standar, maupun dalam proses pengumuman (yang dalam Undang Undang Pelayanan Publik disebut sebagai maklumat pelayanan), semuanya dilakukan secara bersama-sama dengan warga masyarakat.

Bab empat menceritakan tentang praktik baik pengembangan partisipasi masyarakat dalam Pengelolaan sarana, prasarana, dan/atau fasilitas pelayanan publik yang diinisiasi oleh LPSM Yasinta di Kabupaten Buton. Contoh praktik baik disini adalah pengelolaan posyandu secara partisipatoris. Salah satu kunci suksesnya adalah dengan cara memanfaatkan aset lokal secara maksimal sehingga mampu berkontribusi bagi pelembagaan Posyandu. Contoh kongkret upaya pemanfaatan aset lokal adalah dengan menyelenggarakan pertemuan di balai

desa, rumah warga atau sekolah untuk pertemuan dan diskusi kelompok kader Posyandu. Pelibatan aktif tokoh-tokoh masyarakat juga akan sangat berkontribusi bagi revitalisasi Posyandu. Oleh karena langkah penting yang harus dilakukan adalah melakukan identifikasi tokoh kunci di level masyarakat desa/kecamatan.

Bab lima menjelaskan tentang contoh praktik baik penyusunan standar pelayanan dan perumusan maklumat pelayanan Solidaritas Untuk Demokrasi (SOLUD) di Kabupaten Bima. Di Kabupaten ini perumusan standar pelayanan dan maklumat pelayanan yang di dalam Undang Undang Pelayanan Publik didesain sebagai dua kegiatan berbeda dan terpisah, disini dua kegiatan tersebut disatukan dan dimodifikasi yang kemudian disebut sebagai kegiatan perumusan piagam warga. Praktik baik penyusunan standar pelayanan dan perumusan maklumat pelayanan yang dimodifikasi sebagai penyusunan piagam warga ini diterapkan pada kegiatan pemberdayaan perempuan di tingkat desa melalui pelayanan Posyandu. Disini pengelolaan posyandu dibagi menjadi beberapa tahapan. Pada tahap inisiatif, terdapat kepemimpinan bersama antara masyarakat sipil serta pemerintahan daerah guna mencapai pelayanan publik yang baik. Pada tahap proses, terdapat publikasi yang baik dengan terbentuknya forum komunikasi kader posyandu (FKKP), pemanfaatan asset berupa material dan budaya, serta perluasan kemitraan dalam membangun pelayanan atas pelaksanaan posyandu. Sedangkan pada tahap dampak, terdapat kesadaran untuk dapat meneruskan keberlanjutan dari gerakan yang ada untuk menuju pelayanan posyandu yang prima.

Bab enam mengemukakan tentang contoh praktik baik terkait pengawasan penyelenggaraan pelayanan; yang diinisiasi oleh Yayasan Pancakarsa dan PATTIRO di Kabupaten Lombok Barat. Pengawasan penyelenggaraan pelayanan dilakukan dengan cara membentuk *Community Center* (CC). Keberadaan CC ini

terbukti dapat meningkatkan kualitas pelayanan public. Disini CC berperan sebagai penyedia informasi dan bantuan teknis bagi warga desa yang menghadapi persoalan pelayanan publik. CC juga berdampak pada kelestarian adat-istiadat masyarakat berbudaya Sasak. Hal ini dapat dilihat di Desa Mambalan, yang pada saat ini, dua lembaga adat telah berhasil direvitalisasi. Dua lembaga adat tersebut adalah: (1) kelembagaan adat di tingkat desa, yang juga merangkap sebagai CC, yaitu lembaga Adat Paer Mambalan; dan (2) kelembagaan adat di tingkat dusun, yang berupa regulasi dusun, dengan nama awiq-awiq. Hukum adat berupa awig-awig ini menguatkan fungsi dan kedudukan CC, serta mendorong inklusi sosial sebagai bagian perbaikan pelayanan publik yang belum mampu ditangani oleh instansi Pemda manapun. Awig-awig ini merupakan modal sosial komunitas adat yang diperkuat dan dikembangkan, melalui kesepakatan semi-formal, berupa berita acara kesepakatan penetapan Awig-awig oleh warga setingkat dusun.

Sedang dalam bab tujuh mengajarkan tentang praktik baik pengembangan Sistem Informasi Manajemen yang diinisiasi oleh INCREASE di Kabupaten Kupang. Pengembangan sistem informasi manajemen pelayanan public di Kabupaten Kupang dilakukan dengan cara mengembangkan Jejaring Desa Siaga (JDS). JDS adalah merupakan kekuatan dan modal sosial baru di desa Oelomin dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan taraf hidup warga. JDS terdiri dari kelompok warga terorganisir yang menjalankan fungsi-fungsi tertentu. JDS terdiri dari jejaring inti dan jejaring ditingkat dusun. Jejaring inti terdapat di tingkat desa yang strukturnya mencakup Ketua, Sekretaris, Bendahara dan enam kooordinator jejaring yang bertanggungjawab atas: (1) jejaring notifikasi (pendataan); (2) jejaring transportasi; (3) jejaring donor darah; (4) jejaring dana; (5) jejaring KB dan Kespro (Kesehatan Reproduksi), dan (6) jejaring ASI eksklusif dan gizi.

Bab delapan menceritakan tentang praktik baik pengawasan penyelenggaraan pelayanan yang diinisiasi oleh Stimulant Institute & ICW di Kabupaten Sumba Timur. Di Kabupaten Sumba Timur pengawasan penyelenggaraan pelayanan dilakukan dengan cara membentuk pusat sumber daya warga atau citizen resource center (CRC). Gagasan pembentukan CRC ini dilakukan dengan cara melakukan kampanye. Untuk kalangan menengah ke atas kampanye dilakukan dengan memanfaatkan media radio dan koran serta situs sosial *facebook*. Sedangkan kalangan menengah bawah kampanye dilakukan dengan menggunakan strategi “mulutgram”, yaitu bercerita kepada orang-orang yang ditemui dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti pada saat berbelanja di pasar, membayar tagihan listrik atau telepon. Melalui pertemuan-pertemuan informal tersebut para pengurus CRC mempromosikan keberadaan CRC yang bisa dimanfaatkan untuk mengadakan soal layanan publik dan menggali soal-soal layanan publik yang dihadapi oleh warga lain. Berdasarkan masukan tersebut kemudian dikembangkan desain pelayanan untuk kemudian dilaksanakan.

Latar Belakang

Bermunculannya sejumlah praktik baik (inovasi) pelayanan publik oleh Pemerintah Daerah, dalam pandangan Otonomi Daerah merupakan suatu hal yang sangat positif. Praktik baik tersebut tentunya dapat memberikan dampak kepada peningkatan pelayanan publik dan kesejahteraan masyarakat di daerah.

Identifikasi awal menunjukkan adanya praktik-praktik baik di wilayah simpul-simpul MP3, khususnya yang berada di wilayah kerja Program ACCESS Tahap II, yang diinisiasi oleh masyarakat sipil. Di Lombok Barat misalnya, community center (CC) di Desa Kekerri menjadi tempat konsultasi dan mengadu warga yang mengalami tekanan atau kesulitan pelayanan publik

dasar. Beberapa kasus yang berhasil difasilitasi antara lain membantu warga memperoleh Kartu Keterangan Miskin (KTM) bagi warga yang belum memiliki Jamkesmas maupun Jamkesda, memfasilitasi kasus KDRT hingga ke penanganan aparat berwenang, pembagian raskin, dana BOS, dan sebagainya. Kerja CC juga telah berpengaruh pada perubahan sistemik meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas sebagai konsekuensi dari Kontrak Pelayanan antara Puskesmas dengan CC Mandiri Kekerri, serta pembatalan penghentian dana untuk KTM oleh DPRD.

Di Jeneponto berkembang Lembaga Pengaduan Masyarakat (LPM) di desa dan LPMJ di level kabupaten. Pengawasan LPM fokus pada keadilan hak warga atas layanan pendidikan dan bantuan kemiskinan. Kiprah LPM di Jeneponto cukup penting karena tidak segan-segan membawa kasus ke pengadilan untuk menimbulkan efek jera bagi penyimpangan layanan. Sementara LPM Desa Bonto Ujung berhasil memfasilitasi layanan listrik bagi warga tiga dusun di desa tersebut.

Praktik baik seperti yang dicontohkan di atas, tentunya suatu hal yang baik dan layak untuk di dorong agar mampu di replikasi di tempat lain atau di *scaling-up* ke level yang lebih tinggi. Untuk itu tentu saja dibutuhkan informasi yang memadai dan komprehensif mengenai praktik-praktik baik yang telah ada. Karenanya perlu dilakukan kajian yang secara khusus dilakukan untuk mengidentifikasi, verifikasi lapangan, mendokumentasikan dan menganalisis atas praktik-praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik di delapan daerah program ACCESS Tahap II.

Tidak cukup hanya melakukan pengkajian atas praktik baik, tetapi juga perlu menghubungkannya dengan kebijakan dan kelembagaan pada level yang lebih tinggi. *Community Center* di Kabupaten Lombok Barat dapat dijadikan model dalam implementasi ruang partisipasi masyarakat dalam mengawasi penyelenggaraan pelayanan publik sebagaimana dijamin oleh Undang-undang.

Hasil *stocktake* nantinya dapat digunakan sebagai strategi mengajukan rekomendasi kebijakan yang berasal dari bukti-bukti empirik praktik baik yang dijalankan oleh OMS bersama dengan kelompok masyarakat dampingannya. Rekomendasi kebijakan tersebut akan ditujukan pada aturan turunan UU Pelayanan Publik. Hal ini diharapkan dapat mendongkrak tingkat keberlanjutan praktik baik yang dijalankan serta relasi dan interaksi yang lebih berkelanjutan.

Tujuan Studi

*Stocktake*⁶ adalah studi untuk melakukan identifikasi, dokumentasi, verifikasi, serta analisis suatu pokok kajian. Dalam kegiatan ini MP3 bekerjasama dengan ACCESS Tahap II melakukan *stocktake* terkait partisipasi warga dalam praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik di 8 wilayah Program ACCESS Tahap II yaitu di Kabupaten Buton dan Muna Provinsi Sulawesi Tenggara, Kabupaten Kupang dan Sumba Timur, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), Kabupaten Lombok Barat dan Bima, Nusa Tenggara Barat (NTB) serta Kabupaten Jenepono dan Bantaeng, Provinsi Sulawesi Selatan. Dalam studi ini menggunakan metode *stocktake* yang tidak terbatas hanya pada kegiatan mengumpulkan data terkait praktik baik, melainkan juga melakukan verifikasi dan analisis praktik baik yang terjadi.

Manfaat Studi

Dari kegiatan SST ini hasilnya akan dimanfaatkan untuk :

1. Memperkuat inisiatif mitra ACCESS dan menginspirasi berbagai pihak (OMS, Legislatif, Pemerintah, dll);

⁶ Mengapa menggunakan SST? Apa bedanya dengan non-SST? Sebagai sebuah metodologi dugaan saya hal ini perlu dijelaskan, mengapa studi ini menggunakan 'metode' SST, dan mengapa tidak menggunakan bentuk studi yang lain. Apa kekuatan, dan apa pula kelemahannya? Sehingga manfaat dan 'limitasi' dari studi ini bisa diketahui/dipahami pembaca.

2. Menjadi bahan advokasi kebijakan nasional khususnya dalam praktik partisipasi warga dalam perbaikan penyelenggaraan pelayanan publik;
3. Menjadi bahan untuk *sharing* pembelajaran diantara simpul jaringan/lingkar belajar MP3 di beberapa daerah dan masyarakat secara luas.

Hasil Studi yang Diharapkan

Studi yang dilakukan di 8 wilayah Program ACCESS Tahap II wilayah ini diharapkan dapat menghasilkan :

1. Tersedianya dokumentasi praktik-praktik baik dalam penyelenggaraan pelayanan publik di wilayah simpul MP3 dalam bentuk buku hasil studi.
2. Terumuskannya rekomendasi kebijakan nasional terkait model-model partisipasi, seperti dalam lembaga pengawasan masyarakat, penyusunan standar pelayanan, dan monitoring dalam praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik di wilayah simpul MP3.

Ruang Lingkup Studi dan Fokus Studi

1. Identifikasi, verifikasi dan mendokumentasikan partisipasi warga dalam praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik yang dihasilkan oleh mitra ACCESS maupun non mitra ACCESS.
2. Analisis terhadap praktik-praktik baik dalam penyelenggaraan pelayanan publik di lokasi studi.
3. Memberikan rekomendasi terhadap penguatan praktik-praktik baik yang sudah ada dan penguatan kebijakan di level daerah maupun nasional.

Definisi Konsep Studi⁷

1. Definisi Pelayanan Publik

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 menyatakan bahwa pelayanan publik adalah hak setiap warga/penduduk yang harus dipenuhi oleh negara dalam rangka memenuhi kebutuhannya. Demikian pula sebagaimana yang telah tertuang dalam UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik yang telah menjamin tentang perlindungan dan terselenggaranya penyelenggaraan pelayanan publik yang sesuai dengan asas-asas umum pemerintahan dan korporasi yang baik serta menjaga dari penyalahgunaan wewenang dalam penyelenggaraannya.

Dalam UU No. 25 Tahun 2009 mendefinisikan pelayanan publik sebagai kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Penyelenggaraan pelayanan publik yang dimaksudkan diletakkan pada asas-asas penyelenggaraan pelayanan publik sebagaimana diatur dalam pasal (4) UU No.25 tahun 2009. Asas penyelenggaraan pelayanan publik tersebut adalah: (a) Kepentingan umum; (b) Kepastian hukum; (c) Kesamaan hak; (d) Keseimbangan hak dan kewajiban; (e) Keprofesionalan; (f) Partisipatif; (g) Persamaan perlakuan/tidak diskriminatif; (h) Keterbukaan; (i) Akuntabilitas; (j) Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan; dan (k) Ketepatan, kemudahan dan keterjangkauan.

⁷ Bagian ini kurang tepat diberi judul 'kerangka teori studi', karena 'hanya' berisikan beberapa 'definisi konsep' yang digunakan dalam studi ini. Kalau membahas 'kerangka teori studi', yang lebih tepat, justru menguraikan SST itu sendiri, oleh karena itu kami hanya mengambil definisi ringkasnya saja.

2. Definisi Praktik Baik (Inovasi)

Menurut Mulgan dan Albury (2003) sebagaimana dikutip oleh IdeA (2005), inovasi yang berhasil adalah pembentukan dan implementasi dari proses, produk, jasa dan metode baru yang dapat menghasilkan peningkatan yang signifikan terhadap efisiensi, efektivitas atau kualitas keluaran dalam penyampaian layanan⁸. Berdasarkan definisi tersebut, bahwa suatu inovasi akan selalu dikaitkan dengan lingkup pembentukan dan implementasinya, dan harus dikaitkan dengan dampak inovasi terhadap efisiensi, efektivitas dan kualitas dalam pelayanan publik.

Sementara itu, UN Habitat mendefinisikan *best practices* dalam konteks lingkungan perkotaan sebagai inisiatif yang telah menghasilkan kontribusi menonjol (outstanding contributions) dalam meningkatkan kualitas kehidupan baik di kota maupun masyarakat umum lainnya. Elaborasi lebih lanjut terhadap definisi tersebut dilakukan oleh UN sebagai inisiatif yang telah terbukti sukses, yaitu⁹ :

1. Memiliki dampak yang dapat ditunjukkan dan didemonstrasikan dalam meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat;
2. Merupakan hasil kerjasama yang efektif antara sektor publik, sektor swasta dan masyarakat madani;
3. Berkelanjutan secara sosial, budaya, ekonomi dan lingkungan.

Berdasarkan definisi tersebut, yang dimaksudkan dengan *best practices* oleh UN Habitat adalah suatu inisiatif yang memenuhi tiga kriteria utama yaitu: berdampak pada peningkatan kualitas kehidupan masyarakat; merupakan kolaborasi multipihak; dan berkelanjutan.

⁸ YAPPIKA-Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI, 2007, "Reformasi dan Inovasi Birokrasi: Studi di Kabupaten Sragen".

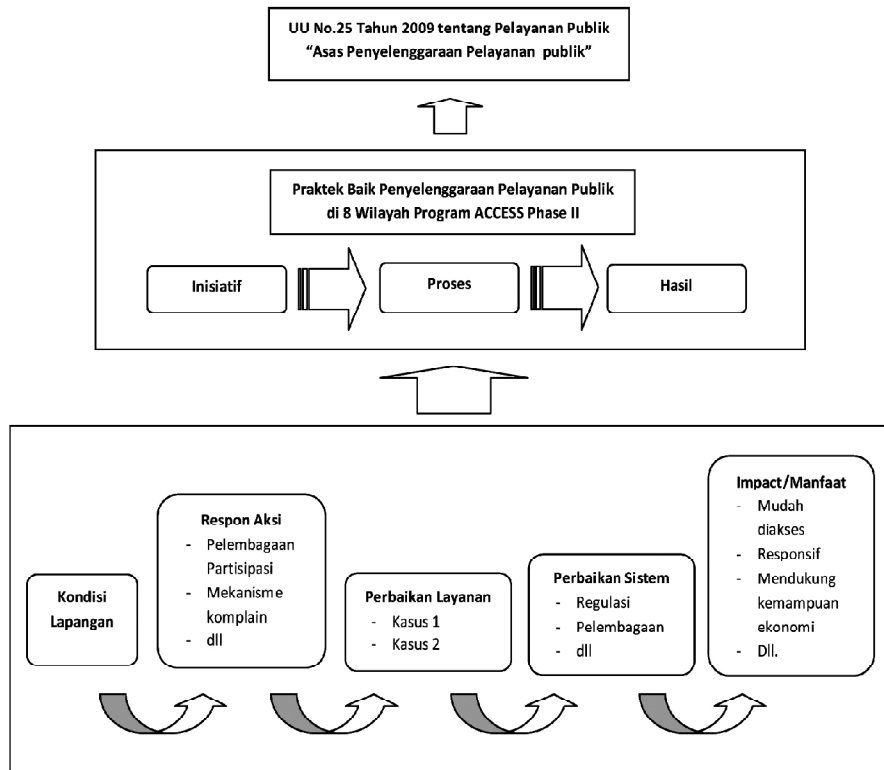
⁹ Ibid.

3. Definisi Operasional Praktik Baik Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Stocktake ini akan meletakkan beberapa definisi praktik baik (inovasi) ke dalam batasan definisi dan asas penyelenggaraan pelayanan publik sebagaimana diatur dalam UU No. 25 tahun 2009 dengan beberapa penyesuaian dalam menentukan indikatornya.

Praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik dalam studi ini didefinisikan sebagai suatu inisiatif pelayanan publik di lingkup pembentukan dan implementasi yang merupakan hasil kerjasama antar pihak yang mampu memberikan manfaat bagi masyarakat dan berkelanjutan.

Pengkajian terhadap praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik akan dilakukan di tiga dimensi untuk memotret atas gambaran rinci tentang pembentukan, implementasi dan hasil dari praktik baik yang ada. Penggalan data difokuskan pada: (1) Kondisi lapangan yang ada; (2) Respon aksi yang terjadi, baik dari institusi penyelenggara maupun masyarakat; (3) Perbaikan layanan yang terjadi; (4) Perbaikan sistem terjadi; dan (5) Kemanfaatan praktik baik ini bagi masyarakat. Berikut ini adalah bagan dari kerangka definisi praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik.



Mendasarkan pada pengertian praktik baik pelayanan publik tersebut, dirumuskan indikator yang nantinya akan digunakan sebagai instrumen untuk menganalisa hasil studi lapangan atas praktik-praktik baik dalam pelayanan publik di lokasi studi. Indikator operasional ini disusun dalam tiga dimensi sebagai berikut:

INISIATIF	PROSES MEMBANGUN	HASIL
- Kepemimpinan, Se jauh mana komitmen dan inisiatif dari Kepala Daerah dalam menginspirasi adanya tindakan dan perubahan yang melahirkan praktik baik. - Regulasi Nasional, Se jauh mana pengaruh regulasi nasional dalam munculnya praktik baik. - Inisiatif Masyarakat, Se jauh mana praktik baik mencerminkan respon permasalahan dan kebutuhan warga dan se jauh mana inisiatif warga muncul untuk mendorong praktik baik. - Replikasi dan Inisiatif Donor, se jauh mana pengaruh replikasi dari tempat dan se jauh mana intervensi donor dalam mendorong lahirnya praktik baik.	- Partisipasi Masyarakat # Se jauh mana praktik baik dibangun dengan proses yang partisipatif. # Se jauh mana praktik baik memberikan ruang bagi masyarakat untuk terlibat dalam proses perumusan, pembahasan dan pengawasannya. # Se jauh mana praktik baik dapat memberi kontribusi bagi penguatan kesadaran warga akan hak nya dan peningkatan level partisipasi warga. - Kemitraan, se jauh mana praktik baik menunjukkan adanya kemitraan antara aktor-aktor yang terlibat. - Gender Equality & Social Inclusion, se jauh mana praktik baik dapat diterima dan merupakan respon terhadap perbedaan sosial dan budaya;	- Dampak # Se jauh mana praktik baik dapat berdampak positif bagi kualitas kehidupan warga, khususnya warga miskin (akses terhadap hak ekososob); # Se jauh mana praktik baik dapat dilihat dalam praktik penyelenggaraannya sehingga mampu memenuhi prinsip murah, cepat, mudah dan responsif terhadap kelompok berkebutuhan khusus. - Keberlanjutan, se jauh mana praktik baik dapat membawa perubahan mendasar : # Adanya jaminan regulasi dalam kerangka hukum formal. # Adanya ketersediaan dan kecukupan anggaran untuk menjalankan inovasi. # Adanya penyesuaian kebutuhan struktur kelembagaan yang menjamin budaya kinerja yang baik. # Adanya jaminan ruang partisipasi warga untuk melakukan pengawasan.

mempromosikan kesetaraan gender dan keadilan sosial; serta mengakui dan memberikan nilai pada kemampuan yang berbeda. - Diseminasi Publik, sejauh mana praktik baik mampu terinformasikan dengan baik kepada semua pihak terutama kelompok penerima manfaat. - Pemanfaatan Aset, sejauhmana penggunaan/ pemanfaatan aset-aset budaya lokal, sumber daya manusia, sumber daya ekonomi, teknologi,dll	- Efisiensi, Efektivitas, Transparansi dan Akuntabilitas, sejauh mana praktik baik berdampak pada perubahan kinerja penyelenggaraan pelayanan publik sehingga lebih efektif, efisien, transparan dan akuntabel. - Kontribusi Visi Kabupaten, sejauh mana praktik baik dapat memberikan kontribusi terpenuhinya indikator-indikator pencapaian visi Kabupaten (RPJMD)
--	--

Metodologi

Stocktake ini dilakukan untuk menjawab seputar pertanyaan detail informasi mengenai praktik-praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik di 8 Kabupaten wilayah Program ACCESS Tahap II serta sejauhmana praktik baik tersebut adalah benar-benar dikatakan suatu praktik baik yang telah memenuhi sejumlah indikator.

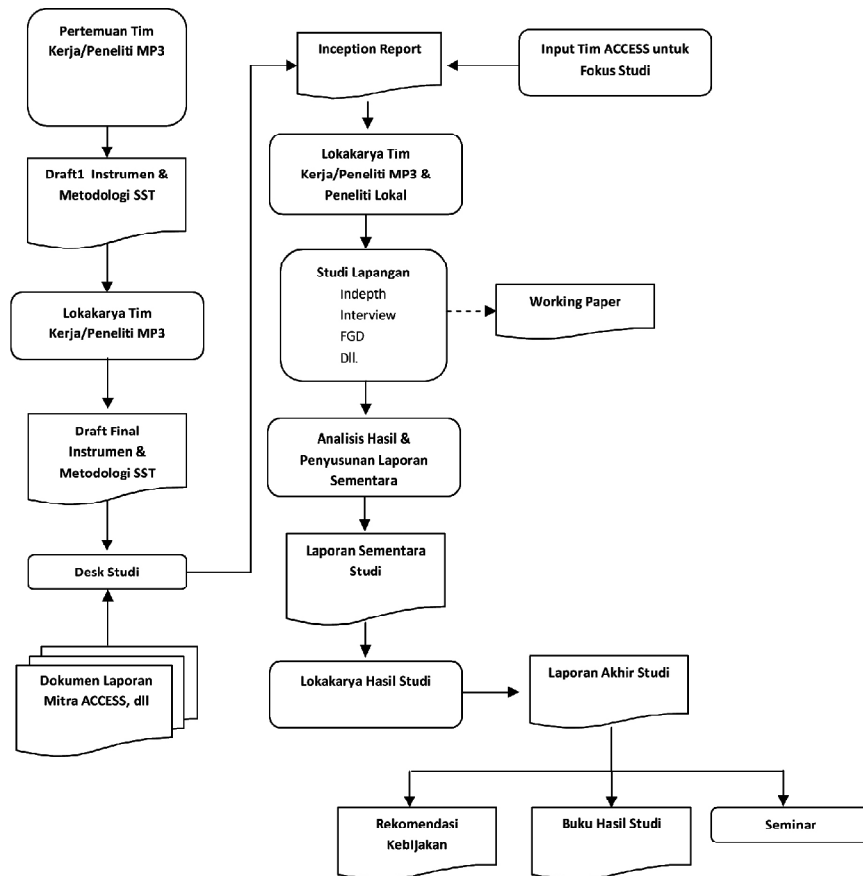
Berdasarkan hal tersebut, *stocktake* ini ingin menyajikan hasil identifikasi dan pemetaan terhadap praktik-praktik baik; hasil analisis terhadap sejauh mana inovasinya dan rekomendasi untuk pengembangan maupun kerangka kebijakan daerah/nasional.

Stocktake bertumpu pada analisis data empirik dan studi dokumen. Data empirik dimaksud adalah persepsi dan opini pelaku, aktor kunci serta penilaian para ahli.

Untuk mendapatkan hasil tersebut, akan digunakan beberapa pendekatan dalam rangka memperoleh data sehingga dapat memberikan gambaran yang komprehensif dan memadai. Adapun beberapa pendekatan yang kami lakukan sebagai berikut :

1. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan memetakan praktik-praktik baik yang ada di 8 Kabupaten wilayah Program ACCESS Tahap II, diperoleh melalui penggalian informasi dari ACCESS (Korprov dan Mitra), studi dokumen, publikasi dan dokumentasi resmi, pengamatan langsung di lapangan, pemberitaan media massa serta informasi lainnya yang relevan. Teknik analisa data akan menggunakan analisis kualitatif deskriptif.
2. Menganalisa inovasi dengan menggunakan indikator yang disepakati oleh Tim Peneliti. Untuk memperkuat analisa, akan dilakukan wawancara mendalam kepada Pemerintah Daerah, DPRD, OMS, masyarakat penerima manfaat, dan pelaku kunci lainnya. Wawancara mendalam akan difokuskan pada pertanyaan-pertanyaan kunci yang diturunkan dari indikator. Teknik analisa data akan menggunakan analisa kualitatif deskriptif.
3. Melakukan pertemuan tatap muka (FGD) dengan sejumlah pelaku kunci untuk mengkonfirmasi kembali temuan dari hasil studi dokumen, wawancara mendalam dan pengamatan lapangan.
4. Memberikan rekomendasi berdasarkan hasil temuan-temuan dan analisisnya terutama mengenai pengembangan dan keberlanjutan praktik baik.

Alur Tahapan Studi



Poin-poin pertanyaan wawancara mendalam

1. Aspek Inisiatif
 - a. Bagaimana kondisi pelayanan publik (sektor terpilih) sebelum munculnya inisiatif praktik baik.
 - b. Bagaimana kondisi masyarakat sebelum munculnya inisiatif praktik baik
 - c. Darimana dan bagaimana kemunculan inisiatif praktik baik

- d. Faktor-faktor apa saja yang memengaruhi munculnya inisiatif praktik baik
- e. Bagaimana respon para pihak terhadap inisiatif praktik baik
- 2. Aspek Proses
 - a. Bagaimana bentuk dan cara kerja praktik baik
 - b. Sejauhmana masyarakat terlibat dalam membangun/mengembangkan praktik baik
 - c. Sejauhmana praktik baik dapat memberikan kontribusi bagi penguatan kapasitas masyarakat
 - d. Sejauhmana kemitraan antar aktor yang terjadi dalam praktik baik
 - e. Apakah praktik baik memberikan kesempatan yang sama bagi kelompok perempuan, warga miskin dan kelompok rentan lainnya
 - f. Sejauhmana praktik baik terdiseminasikan kepada para aktor, khususnya penerima manfaat
 - g. Sejauhmana penggunaan/pemanfaatan aset-aset seperti budaya lokal, sumber daya manusia, sumber daya ekonomi, teknologi dalam mendukung praktik baik
- 3. Aspek Hasil
 - a. Apa hasil paling signifikan dari praktik baik terhadap perbaikan pelayanan publik
 - b. Apakah praktik baik mampu mengubah praktik pelayanan publik menjadi lebih baik
 - c. Apakah perbaikan pelayanan tersebut berpengaruh pada kehidupan sehari-hari masyarakat
 - d. Apa manfaat yang diperoleh dengan adanya keterlibatan masyarakat dalam praktik baik
 - e. Adakah peraturan yang mengatur tentang pelayanan publik yang baik tersebut dan dalam bentuk apa

- f. Apajag aturan tersebut sudah cukup untuk menjamin keberlanjutan praktik baik
- g. Apakah kebijakan anggaran daerah sudah menjamin keberlanjutan praktik baik tersebut

Panduan FGD

Alur Proses	Subtansi Kunci
Perkenalan	• Perkenalan setiap peserta (Nama, Lembaga/Daerah Asal) • Sekilas pengetahuan peserta tentang praktik baik yang menjadi fokus studi
Pengantar FGD	• Menjelaskan tentang maksud dan tujuan dari FGD • Menjelaskan tentang gambaran umum <i>Study stock taking</i> (SST)
Presentasi Hasil Studi Lapangan (Sementara)	• Proses pelaksanaan studi lapangan • Hasil (temuan-temuan) studi lapangan
Diskusi Mendalam atas Hasil Studi	• Apakah informasi-informasi dalam temuan studi lapangan sudah dapat menggambarkan kenyataan situasi sebenarnya? • Adakah hal-hal yang harus dikembangkan/diperdalam dari hasil studi lapangan ?
Rekomendasi	• Adakah hal-hal (informasi) yang belum terungkap dari studi lapangan • Apa poin hasil studi lapangan yang perlu untuk mendapatkan pengembangan dan pendalaman lebih lanjut

Lokasi Studi

Study stock taking (SST) praktik-praktik baik penyelenggaraan pelayanan publik ini dilaksanakan di 8 wilayah Program ACCESS Phase II, sebagai berikut:

1. Kabupaten Bima, NTB;
2. Kabupaten Lombok Barat, NTB;
3. Kabupaten Kupang, NTT;
4. Kabupaten Sumba Timur, NTT;
5. Kabupaten Buton, Sultra;
6. Kabupaten Muna, Sultra;
7. Kabupaten Bantaeng, Sulsel;
8. Kabupaten Jenepono, Sulsel.





PELAJARAN BAIK DARI SUMBA TIMUR

Menyuarakan Suara Warga yang Tidak Bersuara

Oleh:

Fransisca Fitri dan Hyronymus Malelak

I. KEMISKINAN AKUT DI SUMBA TIMUR

Kabupaten Sumba Timur merupakan kabupaten dengan wilayah terluas di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).¹ Luasnya mencapai 7.000,50 Km² yang secara administratif terbagi dalam 140 desa, 16 kelurahan dan 22 kecamatan.² Kabupaten Sumba Timur terletak di Pulau Sumba yang dulu dikenal sebagai Pulau Cendana dan Sandelwood, yang merupakan pulau karang terangkat dengan topografi berbukit-bukit dengan rata-rata kemiringan tertinggi 40% luas wilayah. Belahan Utara kabupaten adalah daerah datar dan berbatu-batu serta kurang subur. Sementara belahan Selatan berbukit-bukit terjal, dimana lereng-lerengnya merupakan lahan

¹ Kabupaten ini menjadi Daerah Tingkat II definitif berdasarkan Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 dan Lembaran Negara Nomor 115 Tahun 1958 serta tambahan Lembaran Negara Nomor 1649.

² Sumba Timur dalam Angka 2011



yang cukup subur. Padang savana menutupi lahan seluas 223.568 Ha atau 31,91% dari luas kabupaten³, merupakan sumber pakan ternak yang menjadi salah satu potensi unggulan selain pertanian, perkebunan, kehutanan, kelautan, dan pertambangan.

Jumlah penduduk Kabupaten Sumba Timur sebanyak 231.393, terdiri dari 119.079 laki-laki dan 112.314 perempuan. Kabupaten yang memiliki kepadatan penduduk hanya 33 orang per Km² ini, ternyata hanya menyumbang sekitar 5% dari jumlah total penduduk NTT.⁴ Potret kemiskinan kabupaten ini cukup memprihatinkan jika dibandingkan dengan kabupaten lain di Provinsi NTT. Pada tahun 2010 prosentase jumlah penduduk miskin sebesar 32,42%, menempatkan Kabupaten Sumba Timur di urutan ke-4 termiskin di provinsi. Meskipun prosentase

³ RPJMD Kabupaten Sumba Timur 2011-2015

⁴ Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2010, http://ntt.bps.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=92

jumlah penduduk miskin tersebut sebenarnya terus mengalami penurunan sejak 2005. Mulai dari 41,15% (2005); 41,62 (2006); 39,08 (2007); 37,14 (2008); 34,68 (2009); hingga prosentase yang dicapai di 2010.⁵

Potret kemiskinan Kabupaten Sumba Timur juga tergambar dari rendahnya derajat pendidikan dan kesehatan masyarakat. Pada 2010⁶, terdapat 50,42% penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak memiliki ijazah pendidikan dari tingkat mana pun. Sementara sisanya hanya terdapat 25,36% penduduk berijazah SD/MI sederajat, 10,13% penduduk berijazah SLTP/MTS sederajat/kejuruan, 8,31% penduduk berijazah SLTA/MA sederajat, dan 2,72% penduduk berijazah SMK. Sedangkan untuk tingkat pendidikan lebih tinggi dari SLTA, rata-rata di bawah 1%. Meskipun Arah dan Kebijakan Umum Pembangunan Daerah 2005-2010 telah menargetkan dalam sasaran jangka menengah pembangunan daerah peningkatan rata-rata lama bersekolah dari 5,5 tahun pada 2003 menjadi 6,5 tahun pada akhir 2010. Namun hingga akhir 2011 data masih menunjukkan rata-rata lama bersekolah baru berkisar 5,8 tahun⁷. Sementara di 2007, Sumba Timur masih merah pada target MDGs untuk angka kematian bayi (AKB). Berbagai kondisi tersebut berpengaruh pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang hanya menempati urutan tiga dari bawah, hanya lebih baik dari Sumba Tengah dan Sumba Barat Daya.⁸ IPM Sumba Timur nyaris tidak berubah semenjak 2006 hingga 2008, dari 60,02 menjadi 60,26 dan 60,80.

II. POTRET PELAYANAN PUBLIK

Selama dua periode kepemimpinan, Drs. Gidion Mbilijora, M.Si menempatkan pengentasan kemiskinan menjadi prioritas,

⁵ Sumba Timur dalam Angka 2011.

⁶ Sumba Timur dalam Angka 2011.

⁷ Makambombu, Stefanus, Analisis Indikator Kinerja Sektor Pendidikan dari Aspek Pengelolaan Anggaran, Laporan Penelitian, Stimulant Institute dan BAPPEDA Kabupaten Sumba Timur, 2011 .

⁸ http://ntt.bps.go.id/index.php?option=com_content&view=article-&id=92&Itemid=92

dimana salah satu strateginya adalah melalui pemenuhan pelayanan dasar. Hal tersebut tercermin dalam visi kabupaten 2005-2010, yaitu “kehidupan masyarakat Sumba Timur yang maju, aman dan damai, sejahtera, demokrasi dan beretika” yang didukung misi memastikan bahwa warganya dapat menikmati sandang, pangan, perumahan, pendidikan dan kesehatan yang merupakan kebutuhan mendasar untuk hidup sejahtera⁹. Juga dalam visi 2011-2015 yang berbunyi “terwujudnya masyarakat Sumba Timur yang Sejahtera, Mandiri, Adil, Relijius dan Terdepan (SMART)”¹⁰. Bahkan secara khusus Pemerintah Kabupaten Sumba Timur menetapkan tema pembangunan daerah 2012 untuk “peningkatan kualitas pelayanan publik melalui perencanaan pembangunan yang sinergis dan akuntabel dalam rangka mewujudkan kesejahteraan masyarakat Sumba Timur”. Tema pembangunan ini diangkat sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan kualitas pelayanan publik yang dapat menciptakan arah pembangunan yang sinergis dan akuntabel¹¹.

Sejalan dengan arah pembangunan kabupaten, pertemuan apresiatif kabupaten (PAK) pada 2009 yang diikuti oleh para pihak kabupaten menghasilkan “10 Agenda Bersama Kabupaten Sumba Timur Impian”. Salah satu agenda bersama tersebut adalah akses dan kebijakan pelayanan publik yang berkualitas, partisipatif, transparan, akuntabel dan berkeadilan gender yang menjadi inspirasi dan pemicu aksi perbaikan pelayanan publik oleh masyarakat sipil.¹²

⁹ <http://www.sumbatimurkab.go.id/visi-dan-misi.html>

¹⁰ Periode kepemimpinan 2005-2010, Bupati Ir. Uumbu Mahang Kunda, dan Wakil Bupati Drs Gidion Mbiliijora, M.Si. Ditengah periode kepemimpinan Ir. Uumbu Mahang Kunda meninggal dunia (pertengahan tahun 2008), kepemimpinan dilanjutkan oleh Drs Gidion Mbiliijora, M.Si, hingga akhir masa jabatan. Pada Periode 2010-2015, Drs Gidion Mbiliijora, M.Si, terpilih menjadi Bupati dengan Wakil Bupati dr. Matius Kitu, Sp.B.

¹¹ Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) Kabupaten Sumba Timur tahun 2012, Bab IV, p.IV.5-6

¹² Summary District Citizen Engagement Plan (DCEP) Sumba Timur, ACCESS Phase II, 20-23 Oktober 2008

Peran masyarakat sipil dalam pembangunan Sumba Timur cukup menonjol pada bidang perencanaan dan penganggaran desa partisipatif. Pada saat pelaksanaan perencanaan dan penganggaran yang dilakukan di kabupaten Sumba Timur beberapa organisasi masyarakat sipil yang ada di Sumba Timur seperti Yasalti, Wanlip, YCM, Koppesda, dan YPM mengaplikasikan metode CLAPP-GPI¹³ dalam penyusunan renstra desa. Keberhasilan metode ini adalah menghasilkan renstra desa yang berkualitas dan partisipatif, sehingga menjadi inspirasi bagi pemerintah kabupaten untuk mengadopsi metode tersebut sebagai pendekatan baru yang dimuat dalam dokumen RPJMD 2005-2010 dengan nama *Community Led Development Strategy*¹⁴. Selanjutnya inisiatif organisasi masyarakat sipil berkembang untuk menghubungkan perencanaan dengan pelayanan publik, seperti yang dilakukan oleh Yasalti dan Wanlip dalam Koalisi Perjuangan. Koalisi ini memfasilitasi penyusunan rencana Pokja Posyandu di Kecamatan Matawai La Pawu hingga menghasilkan data dan informasi perkembangan posyandu dan program-programnya yang belum termuat dalam RPJMDesa dan RPKDesa. Fakta tersebut menunjukkan bahwa perubahan pada kebijakan terjadi jika warga mau terlibat. Penelitian-penelitian yang dilakukan oleh Stimulant Institute sejak 2004 menguatkan fakta tersebut pada sisi negatif. Persoalan-persoalan pelayanan publik yang terungkap dari penelitian selalu serupa, namun karena warga yang menghadapi persoalan tersebut, sebagian besar adalah warga yang tidak bersuara atau hanya menggerutu saja dan sejumlah kecil telah melakukan upaya advokasi atau komplain secara individual, sehingga tidak menghasilkan perubahan pelayanan publik.

¹³ Community Led Assessment and Planning Process-Gender Poverty Inclusiveness (CLAPP-GPI) adalah metode yang dikembangkan oleh Mitra Samya.

¹⁴ Drs Gidion Mbiliyora, M.Si, Upaya Pemerintah Kabupaten Sumba Timur Dalam Menjawab Tantangan MDGs, Makalah Lokakarya Nasional seri ke II di Wonosobo-Jateng, Waingapu Desember 2007, p.12

Berpijak pada fakta di atas, partisipasi warga menjadi faktor penting dalam mengarahkan perubahan kebijakan menjadi berpihak pada masyarakat di Sumba Timur, selain tentunya keterbukaan pemerintah untuk menerima masukan. Temuan penelitian Stimulant Institute juga membuktikan bahwa sektor pelayanan publik menghadapi persoalan serupa. Persoalan pelayanan publik lain adalah minimnya akses, rendahnya kualitas produk dan layanan, dan ketiadaan mekanisme pengaduan dan penyelesaian sengketa bagi warga. Apalagi pertumbuhan penduduk Kabupaten Sumba Timur terus mengalami kenaikan menjadikan Kota Waingapu sebagai kecamatan terpadat. Selain itu, sebagai pusat pemerintahan, perdagangan, dan jasa, Kota Waingapu menerima dampak urbanisasi penduduk. Tekanan penduduk tersebut mengakibatkan beban yang cukup berat bagi Kota Waingapu, termasuk pada penyediaan fasilitas pelayanan publik.

Salah satu contohnya pada pelayanan publik bidang administrasi kependudukan. Gambaran layanan ini terlihat dari hasil pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) pada tahun 2010 dan hasil monitoring warga pada tahun yang sama. Nilai IKM menunjukkan, dari 14 unsur pelayanan (Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, Akta Catatan Sipil, Akta Kelahiran dan lain sebagainya) hanya unsur prosedur pelayanan (3,05) saja yang mendapat nilai kinerja terendah. Nilai kinerja tertinggi terdapat pada unsur kepastian biaya pelayanan. Sedangkan nilai IKM sebesar 70,84 menunjukkan mutu pelayanan Disdukcapil Sumba Timur termasuk kategori “baik”.

Namun dari hasil monitoring warga pada tahun 2010, salah satu layanan administrasi kependudukan yaitu pelayanan KTP menunjukkan adanya masalah. Temuan hasil monitoring memperlihatkan bahwa waktu pengurusan lama dan proses pengurusannya rumit, terlalu banyak syarat dan biayanya mahal, serta jangka waktu pembuatan KTP tidak konsisten. Selain itu, petugas dianggap diskriminatif dalam memberikan layanan. Pada aspek fasilitas, kondisi ruangan kurang atau belum memadai

sehingga membuat para pengguna layanan merasa kurang nyaman.¹⁵

Selain masalah adminduk diatas, juga tentang sumber air minum rumah tangga di Kabupaten Sumba Timur, mulai dari air dalam kemasan, ledeng, pompa air, sumur/perigi, mata air, sungai, air hujan, serta sumber lainnya. Menurut data Susenas 2009, tiga sumber air minum tertinggi di kabupaten ini adalah sumur/perigi digunakan oleh 15.331 rumah tangga, mata air dimanfaatkan oleh 14.125 rumah tangga, dan ledeng meteran dipakai oleh 8.617 rumah tangga. Sedangkan fasilitas air minum, secara berurutan dari paling banyak, dipasok sendiri, bersama, umum, dan lainnya. Pelanggan air minum sebanyak 7.630 rumah tangga dengan nilai pemakaian sebesar Rp. 3.986.398.500.000. Sementara volume air yang diproduksi untuk memenuhi kebutuhan pelanggan sebanyak 2.475.627M³ (2009). Kondisi pelayanan air minum PDAM Kabupaten Sumba Timur bisa dinilai dari hasil Survei Kepuasan Pelanggan (SKP) 2011 yang dilakukan oleh INDII 183¹⁶ bisa dikatakan secara umum mengalami kemunduran usaha. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu kapasitas sumber air yang terbatas, tingginya angka kehilangan air, rendahnya tarif yang diberlakukan dan masih rendahnya perhatian PDAM kepada pelayanan pelanggan¹⁷.

Sementara pada layanan sektor kelistrikan, tercatat ada sebanyak 11.875 rumah tangga yang menjadi pelanggan pemakai listrik dengan nilai konsumsi sebesar Rp. 12.155.520.000 (2009).¹⁸ Dan di tahun 2010 meningkat menjadi 13.284 pelanggan dengan

¹⁵ <http://www.sumbatimurkab.go.id/visi-dan-misi.html>

¹⁶ Proyek INDII 183 (Indonesia Infrastructure Initiative-183), AUSAID dibentuk untuk membantu beberapa PDAM terpilih di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB) untuk mencapai sasaran usaha dalam pengoperasiannya dan meningkatkan kerja sama Pemerintah Daerah dan PDAM. Laporan Survei Kepuasan Pelanggan PDAM Kabupaten Sumba Timur, kerja sama PDAM Sumba Timur dengan AusAID INDII 183, Januari 2011.

¹⁷ Laporan Survei Kepuasan Pelanggan PDAM Kabupaten Sumba Timur, kerja sama PDAM Sumba Timur dengan AusAID INDII 183, Januari 2011.

¹⁸ Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2010, http://ntt.bps.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=92

nilai pemakaian Rp. 13.027.775.000.¹⁹ Kabupaten Sumba Timur selama ini memang kekurangan pasokan listrik, seperti yang juga dialami oleh berbagai wilayah di Indonesia Timur lainnya yang hanya mendapat 62% pasokan listrik dari PLN²⁰. Saat ini listrik menjadi hal yang sangat penting selain tentang air bersih di Sumba Timur. Karena listrik dan air ini telah menjadi kebutuhan pokok sehari-hari warga, sehingga bisa dipahami jika warga di Sumba Timur merasa tidak puas atas pelayanan yang diberikan oleh lembaga PDAM dan PLN karena memang pelayanannya masih minim. Selain masalah pasokan, warga juga menilai ada persoalan pada manajemen layanan PLN, misalnya seperti pada tagihan pemakaian listrik yang tidak wajar, sistem pembayaran yang merugikan pelanggan karena tagihan yang tidak wajar harus tetap dibayar dengan kelebihan pembayaran yang kemudian diperhitungkan untuk tagihan berikutnya. Hal lain terlihat dari hasil monitoring yang dilakukan warga di tahun 2010, yaitu petugas pencatat tidak dikenal dan tidak menjelaskan tentang jumlah arus listrik terpakai. Juga, proses pemasangan dari pengusulan dokumen sampai terealisasi dirasakan lama dan mahal. Harga untuk menarik kabel dari tiang listrik ke rumah sebesar Rp. 15.000 per 1 m kabel, yang dinilai warga sangat memberatkan.²¹

III. PEMBENTUKAN DAN PELEMBAGAAN PRAKTIK BAIK

Kesejahteraan bukan hanya tentang pendapatan, tetapi juga tentang akses ke sistem dan manajemen layanan publik. Dalam konteks ini Stimulant Institute ingin mendorong masyarakat bahwa pelayanan publik bukan hanya pada persoalan teknisnya saja, melainkan menyangkut pada paradigma tentang pelayanan publik. Artinya, pelayanan publik harus bisa memberikan

¹⁹ Sumba Timur Dalam Angka 2010, p.256.

²⁰ TribunNews, "PLN Hanya Bisa Pasok Listrik 62% di Indonesia Timur", 5 Mei 2012.

²¹ Film dokumentasi kegiatan CRC, Stimulant Institute Sumba.

kesejahteraan pada rakyat. Indikator kesejahteraan misalnya tidak ada lagi anak yang tidak bersekolah, tidak bisa berobat ketika sakit, dan tidak mendapatkan pengakuan dari pemerintah karena tidak memiliki KTP yang disebabkan karena biaya mahal atau prosesnya yang berbelit-belit. Tidak memiliki KTP berakibat tidak bisa mengakses bantuan pemerintah. Jadi memiliki akses kepada sistem layanan publik penting bagi warga untuk mendapatkan perlindungan dan kesejahteraan. Kesadaran atas realitas inilah yang ingin dipraksiskan oleh Stimulant Institute pada masyarakat Sumba Timur.²²

Stimulant Institute telah cukup lama bekerja melakukan penelitian pelayanan publik di Pulau Sumba. Penelitian-penelitian yang dilakukan selalu mengungkap persoalan pelayanan publik yang tidak memberikan akses yang memadai bagi masyarakat. Sementara warga yang menghadapi persoalan pelayanan publik, sebagian besar adalah warga yang tidak bersuara atau hanya menggerutu saja, hanya sejumlah kecil yang telah berani melakukan upaya advokasi atau komplain secara individual, meskipun belum bisa menghasilkan perubahan pada sistem pelayanan publik. Dengan adanya realitas inilah yang kemudian mendorong Stimulant Institute untuk memikirkan adanya wadah bagi warga untuk memperjuangkan persoalan pelayanan publik secara kolektif. Berdasarkan proses dialog yang cukup panjang maka kemudian melahirkan gagasan untuk membentuk dan menggerakkan wadah komplain warga berbasis Rukun Tetangga (RT).²³ Wadah ini kemudian disebut sebagai pusat sumber daya warga atau *citizen resource center*.

²² Stefanus Makambombu, Direktur Stimulant Institute, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012, Kantor Stimulant Institute.

²³ Wenda Radjah, Koordinator Penelitian, Pengembangan Masyarakat dan Advokasi, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012, Kantor Stimulant Institute.

3.1 Mengembangkan Gagasan Pusat Sumber Daya Warga

Berbagai kajian yang dilakukan oleh Stimulant Institute semenjak tahun 2004 memperlihatkan realitas tata pemerintahan dan penyelenggaraan pelayanan publik yang kurang partisipatif, transparan dan akuntabel. Misalnya, pada saat penyusunan raperda tidak melalui proses partisipatif; dokumen-dokumen publik seperti dokumen perencanaan, APBD dan beberapa dokumen lainnya masih dianggap sebagai dokumen rahasia yang tidak bisa diakses oleh publik. Selain tidak partisipatif penyelenggaraan layanan juga mendiskriminasi warganya. Sebagai contoh, proses pembuatan KTP dan akte kelahiran dengan tarif yang berbeda. Perbedaan tarif ini ditentukan oleh pola relasi dan kemampuan ekonomi seseorang, walaupun dalam perda telah ditetapkan besaran tarif pembuatan kedua dokumen tersebut. Akibat dari proses ini masyarakat desa menjadi korban.²⁴

Berdasarkan hasil pengamatan dan pengalaman mendampingi warga yang dilakukan oleh Stimulant Institute, ada kebutuhan untuk membangun pusat sumber daya warga. Gagasan ini berawal dari pelayanan publik yang tidak memuaskan. Dari ketidakpuasan warga tersebut dapat dikategorikan menjadi: a) pelayanan dasar tidak sesuai standar, seperti pelayan obat-obatan di puskesmas terbatas, penerima jamkesmas yang tidak layak, ada pungutan sampah tetapi sampah warga tidak diangkat, dan pembayaran rekening air tidak sesuai dengan pemakaian; b) ada pungutan di sekolah dalam bentuk uang buku; c) pelayanan tidak transparan dan akuntabel yang terjadi dalam administrasi penerimaan bantuan; dan d) pelayanan tidak transparan dan akuntabel di PLN, seperti pembayaran rekening tidak sesuai pemakaian, dan biaya pemasangan baru yang berbeda-beda.²⁵

²⁴ Proposal Publik Bicara, Stimulant Institute, 2009.

²⁵ Proposal Publik Bicara, Stimulant Institute, 2009.



Rendahnya tingkat pendidikan membuat warga memilih diam atau hanya menggerutu pada sesamanya pada saat menerima pelayanan yang buruk. Warga juga tidak mengetahui dan memiliki pengalaman untuk mengorganisir keluhan dan pengaduan secara sistematis. Jika berani mengeluh pun warga lebih memilih media cetak dan radio sebagai sarana penyampaian keluhan. Heinrich Dengi menceritakan baru semenjak 2009 warga mulai memanfaatkan siaran pelayanan publik di Radio Max FM sebagai media untuk menyampaikan keluhan, padahal siaran ini telah dimulai pada 2005²⁶.

Di tengah kondisi buruknya pelayanan publik, muncul momentum penting dengan lahirnya UU No. 14/2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (UU KIP) dan UU No. 25/2009 tentang Pelayanan Publik (UU PP). Kedua undang-undang ini penting untuk perbaikan akses dan kualitas pelayanan publik, termasuk dalam hal pelayanan informasi publik. Kebijakan tersebut memberikan jaminan atas hak warga dalam akses informasi publik dan hak warga untuk terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan publik melalui penyusunan standar pelayanan, membentuk lembaga pengawasan masyarakat, serta melakukan pengaduan.

Realitas potret pelayanan publik di Sumba Timur dan lahirnya UU KIP dan UU PP telah menggerakkan Stimulant Institute untuk

²⁶ Wawancara dengan Heinrich Dengi, Radio Max FM, 16 Maret 2012.

mewujudkan gagasan pembentukan pusat sumber daya warga atau *citizen resource center* (CRC). Pada awalnya, inisiatif ini terbentuk empat CRC yang beranggotakan 20 RT yang berada di empat kelurahan di Kecamatan Kota dan Kecamatan Kampera. Gagasan pembentukan CRC ini mendapatkan dukungan dari Program AC-CESS tahap II, untuk merespon agenda kabupaten impian, yaitu “Akses dan Kebijakan Pelayanan Publik yang Berkualitas, Partisipatif, Transparan, Akuntabel dan Berkeadilan Gender”, yang digagas oleh lintas sektor kabupaten. Saat ini CRC telah bertambah menjadi enam CRC yang berlokasi di kecamatan sama. Entitas ini pun mulai memperlihatkan jati diri bukan hanya sebagai pusat pengaduan, tetapi juga sebagai pusat pembelajaran dan pusat informasi bagi warga.

Berdirinya CRC ini bukan semata-mata dilakukan oleh Stimulant Institute tetapi merupakan keinginan dan inisiatif warga, Stimulant Institute hanya memfasilitasi dari beragam ide yang tumbuh dari warga. Pada mulanya di empat kelurahan dan lima RT yang direkomendasikan oleh lurahnya kemudian berkumpul dan berdiskusi dengan tim dari Stimulant Institute tentang gagasan mereka untuk mendampingi warga dalam menemukan masalah-masalah pelayanan publik dan mencari solusinya secara bersama-sama. Sebagai contoh, di Kelurahan Prailiu, lurahnya merekomendasikan RT 7, 8, 9, 10, dan 11 sebagai sasaran. Kemudian, lima ketua RT bersama dengan ketua RW, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan tokoh perempuan mengadakan pertemuan dengan Stimulant Institute untuk membicarakan tentang gagasan CRC. Pertemuan tersebut kemudian melahirkan kesepakatan bersama untuk membentuk CRC Titu Hari. Nama tersebut memiliki arti “berdiri bersama, maju bersama” yang mempunyai makna kompak.²⁷

3.2 Proses Membangun Pusat Sumber Daya Warga

Penyelenggaraan pelayanan publik yang melibatkan tiga entitas, yaitu masyarakat sebagai pengguna layanan, pemerintah

²⁷ Wawancara dengan Margareta Zene, Sekretaris CRC Titu Hari Kelurahan Prailiu, 22 Maret 2012.

sebagai pembuat kebijakan dan penyelenggara layanan publik, dan pihak swasta. Masing-masing entitas memiliki posisi, peran dan relasi yang seharusnya dilakukan secara bersama-sama tanpa diskriminasi. Pemahaman atas posisi, peran, dan relasi penting dimiliki oleh setiap pihak agar penyelenggaraan pelayanan publik lebih akuntabel.

Pusat sumber daya warga yang dibangun oleh warga di Kecamatan Kota dan Kecamatan Kampera bersama dengan Stimulant Institute berupaya menjawab persoalan besar di atas. Sejauh ini melalui wadah CRC, pemberdayaan warga agar memiliki kesadaran kritis dan melakukan aksi kolektif dapat dilakukan. Kesadaran kritis warga ini diarahkan agar warga mampu secara mandiri memperjuangkan hak dasarnya dalam pelayanan publik terutama warga miskin, perempuan, dan kaum marjinal menjadi sasaran utama pemberdayaan, karena merekalah yang paling tidak bersuara. Keberadaan CRC juga telah menampakkan keberhasilan sebagai solusi alternatif dari ketiadaan mekanisme pengawasan dan pengaduan formal di institusi pemerintah maupun unit layanan, sehingga terjadi pelembagaan partisipasi warga. Institusi CRC dapat menjembatani suara warga kepada mekanisme keluhan dan pengaduan eksternal, seperti DPRD, serta media komplain populer seperti radio dan koran. Pemberdayaan warga dan pelembagaan partisipasi dalam CRC ini juga meningkatkan interaksi antara warga dengan unit penyelenggara, dan pemerintah, mulai dari kelurahan, kecamatan, hingga kabupaten lebih dinamis dan setara.

Sedangkan proses membangun pusat sumber daya warga tersebut melibatkan berbagai pihak, yaitu warga, pemerintah kelurahan, kecamatan dan kabupaten, DPRD, media, maupun organisasi-organisasi masyarakat, pihak perguruan tinggi, serta organisasi masyarakat sipil lainnya baik yang berada di Sumba Timur maupun yang di Jakarta.

3.2.1 Menemukan Aktor-Aktor Perubahan dengan Memanfaatkan Aset Sosial

Stimulant Institute menggunakan pendekatan apresiasi yang berbasis aset untuk mengidentifikasi aktor-aktor perubahan di tingkat lokal. Misalnya siapa saja yang bersedia untuk menggerakkan perubahan penyelenggaraan pelayanan publik secara bersama-sama. Dua pendekatan tersebut dipilih agar warga dapat menghargai aset yang telah dimilikinya, baik yang terkait dengan sumber daya manusia, pengetahuan dan pengalamannya, serta tidak menggantungkan diri pada bantuan dari luar. Para aktor perubahan diidentifikasi dari kumpulan RT-RT dan kelompok pemuda di Kecamatan Kota dan Kecamatan Kambera.

Ide pemberdayaan peran warga dalam penyelenggaraan pelayanan publik melalui penguatan institusi RT cukup unik. Rukun Tetangga merupakan kelompok yang paling dekat dengan warga dan di wilayah perdesaan umumnya masih memiliki ikatan emosional dengan warga. Para Ketua RT umumnya memahami kondisi warga, apakah warga mendapat layanan publik yang baik atau tidak. Sementara kelompok pemuda merupakan kumpulan orang-orang yang dinamis dan cepat menerima perubahan yang terjadi.²⁸

Upaya menemukan aktor perubahan dari kumpulan RT dan organisasi di tingkat warga ini berpijak pada PP No. 72/2005 tentang Desa pasal 92 dan PP No. 73/2005 tentang Kelurahan. Dua kebijakan tersebut memberikan kekuatan hukum bagi eksistensi RT berkaitan dengan urusan-urusan pelayanan publik pada level terbawah, seperti pengurusan KTP, akte, dan surat kependudukan lainnya. Kebijakan tersebut menguatkan keberadaan RT sebagai aset yang dapat dimanfaatkan untuk mendorong perbaikan akses dan kualitas pelayanan publik di tingkat warga, tanpa membentuk institusi baru.

²⁸ Proposal Stimulant Institute.

“

Aktor-aktor perubahan tersebar di empat kelurahan. Kelurahan Kambajawa terdiri dari RT 01, RT 02, RT 03, RT 04, dan RT 05. Kelurahan Matawai terdiri dari RT 01, RT 02, RT 03, RT 18, dan RT 19. Kelurahan Prailiu terdiri dari RT 07, RT 08, RT 09, RT 10, dan RT 11. Kelurahan Kambaniru terdiri dari RT 03, RT 04, RT 06, RT 07, dan RT 30. Empat kelompok pemuda terdiri dari Pemuda GKS Kambaniru, Senat Mahasiswa STIE, Remas AL-TAQWA Kamalaputi, dan Mudika Kambajawa.

Pengidentifikasian RT dan kelompok pemuda pada November 2009 berhasil mendapatkan 20 RT dan 4 kelompok pemuda sebagai aktor perubahan yang akan menggerakkan publik luas. Proses identifikasi ini fokus untuk menemukan kekuatan diri masing-masing aktor agar mereka dapat menghargai kekuatan diri tersebut sebagai aset berharga yang dapat dikonstruksikan kepada masyarakat luas dan lokasi program. Pada tahap identifikasi ini, pemerintah kecamatan dan kelurahan menjadi pihak yang diajak berkoordinasi intensif. Dua level pemerintahan ini merupakan pihak kunci untuk mengorganisir warga dengan menggunakan pendekatan *critical engagement*.

Langkah ketok pintu untuk meminta izin dan berkoordinasi cukup berhasil menepis kekhawatiran terhadap tujuan pengorganisasian warga. Seperti yang disampaikan oleh Frangky Ranggambani, Camat Kota, “Kami pemerintah sering dipandang sebagai sosok yang sempurna sehingga ketika kami salahpun, masyarakat hanya diam saja. Harapan kami dengan adanya kegiatan ini, warga tidak takut-takut lagi menyampaikan saran dan kritikan bagi kami yang sudah tentu dengan cara yang beretika sehingga kami pun dapat mengadakan perbaikan-perbaikan” hal ini disampaikan pada saat sosialisasi Program Publik Bicara ini.²⁹

3.2.2 Menggalang Dukungan Berbagai Pihak

Keberadaan kelompok-kelompok pendukung kerja untuk mendorong perubahan sangatlah penting. Mereka adalah pihak-

²⁹ Laporan Monitoring ke-1 triwulan Oktober-Desember 2009.

pihak yang memiliki kesamaan visi dengan Stimulant Institute dalam mengembangkan pusat sumber daya warga dan mengubah kondisi pelayanan publik.

Pihak-pihak yang paling awal dipengaruhi adalah camat dan lurah di wilayah-wilayah para aktor perubahan berada. Pendekatan dilakukan melalui kunjungan, pertemuan, dan menjadikan mereka sebagai narasumber talkshow. Kunjungan-kunjungan awal kepada Camat Kota dan Camat Kambaniru dilakukan untuk menyampaikan gagasan program dan berkoordinasi. Kedua camat memberikan surat pengantar kepada Stimulant Institute untuk melakukan koordinasi lebih lanjut dengan pihak kelurahan. Lurah Prailiu, Lurah Kambajawa, dan Lurah Matawai juga memberikan dukungan pada inisiatif ini dan menunjukkan RT-RT yang sesuai untuk kegiatan yang akan dilakukan. Wilayah RT yang direkomendasikan merupakan wilayah yang secara ekonomi miskin, pelayanan publik tidak optimal, dan letaknya saling berdekatan. Hanya Lurah Kambaniru yang perlu diyakinkan bahwa kegiatan ini tidak akan memicu warga bertindak anarkis. Dukungan para lurah tersebut ternyata bermuara pada mimpi yang serupa, yaitu adanya institusi warga yang bisa mewedahi keluhan dan pengaduan pelayanan publik. Strategi menyampaikan gagasan langsung dan berkoordinasi dengan pihak pemerintah ini merupakan strategi yang baik untuk mendapatkan dukungan.

Pertemuan untuk sosialisasi program dilakukan di Kecamatan Kota dengan menghadirkan berbagai pihak, seperti pemda, DPRD, organisasi masyarakat sipil (OMS), dan kelompok pemuda. Selain untuk sosialisasi, pertemuan ini bertujuan untuk menggalang dukungan lebih lanjut bagi pelaksanaan program publik bicara. Komitmen berbagai pihak diperoleh pada pertemuan ini, diantaranya dari camat, anggota DPRD, dan kelompok pemuda.

Dalam kerja mendorong perubahan, keberadaan dukungan pihak lain penting untuk dapat ditransformasikan menjadi aliansi. Radio Max FM merupakan aliansi atau sekutu strategis yang

berperan sebagai media sosialisasi dan promosi nilai-nilai pelayanan publik. Kolaborasi dengan Radio Max FM dilakukan dalam bentuk talkshow bertajuk “Publik Bicara” setiap Rabu pukul 08.30-09.30 WITA.

3.2.3 Mengembangkan Kapasitas Para Aktor Perubahan untuk Aksi Bersama

Langkah berikutnya adalah peningkatan kapasitas kepada seluruh aktor perubahan. Pelatihan Riset Aksi dalam Pelayanan Publik yang diberikan oleh ICW (Indonesia Corruption Watch), sebuah lembaga di Jakarta yang bekerja dalam isu anti korupsi dan pengkajian pelayanan publik, dan Komisi Informasi Pusat. Kegiatan tersebut diikuti oleh para aktor perubahan (RT dan kelompok pemuda), termasuk pihak-pihak yang akan menjadi kelompok pendukungnya, yaitu Stimulant Institute, media, LSM, pemda, dan DPRD. Pelatihan ini bertujuan membangun kapasitas riset aksi, yaitu suatu rangkaian kegiatan untuk memecahkan masalah warga yang berkaitan dengan kebijakan dan pelayanan publik. Riset aksi menjadi nadi proses advokasi yang akan dilakukan karena menjadi titik pengumpulan fakta yang terjadi di masyarakat. Fakta tersebut merupakan bukti atau basis argumen advokasi yang akan dilakukan oleh CRC. Pada pelatihan ini juga diajarkan penulisan laporan riset dan membedakan antara riset aksi dan riset akademik.

Satu kali pelatihan tidak cukup untuk meningkatkan kapasitas. Peningkatan kapasitas perlu mempertimbangkan perimbangan antara muatan substansi konseptual dan ketrampilan, serta antara teori di kelas dan praktik langsung. Penguasaan ketrampilan riset aksi masih diperdalam kembali bagi kelompok pemuda. Kurang lebih satu bulan paska pelatihan pertama, Stimulant Institute secara langsung memberikan pelatihan riset aksi kepada 20 orang pemuda, 11 orang diantaranya adalah perempuan, yang berasal dari OMK, Remas, Pemuda GKS Kambaniru, dan STIE Kriswina. Media visual berbentuk film yang mulai dipergunakan pada pelatihan

pertama, kali ini masih tetap digunakan. Pelatihan riset aksi ini bertujuan untuk membantu kelompok pemuda memahami dan mampu melakukan riset aksi. Pemahaman dasar tentang kebijakan dan pelayanan publik, keberadaan undang-undang yang mendukung menjadi pelengkap beberapa ketrampilan teknis tentang riset seperti pengertian riset aksi, metodologi penelitian sosial, disain kerangka riset aksi, teknik pengumpulan data, teknik menulis laporan riset aksi, dan kode etik penelitian. Berbagai pemahaman dan ketrampilan tersebut langsung dipraktikkan oleh para peserta untuk mengumpulkan data pelayanan publik.

Lokasi Riset Aksi 14-19 Juni 2010

Kecamatan Kota

Kelurahan Kambajawa (50 responden) yang terdiri dari 43 RT, yaitu RT lokasi program sebanyak 25 responden (RT 1, 2, 3, 4, 5; masing-masing RT dipilih 5 responden), RT non lokasi program dipilih 25 responden, yaitu RT 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 43 masing-masing 1 responden. **Enumerator:** Simon H. Wunu, Awan Fauzi, Arnyani L. Nau.

Kelurahan Matawai (50 responden) yang terdiri dari 20 RT, yaitu RT lokasi program sebanyak 25 responden (RT 1, 2, 3, 18, 19; masing-masing RT dipilih 5 responden), sedangkan RT non lokasi program dipilih 25 responden, yaitu RT 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 masing-masing 2 responden. **Enumerator:** Engel B. Sila, Yulita Kenda, Aloysius Wekadeo.

Kecamatan Kambera

Kelurahan Prailiu (50 responden) yang terdiri dari 31 RT, yaitu RT lokasi program sebanyak 25 responden (RT 7, 8, 9, 10, 11 masing-masing RT dipilih 5 responden), sedangkan RT non lokasi program dipilih 25 responden, yaitu RT 1, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 masing-masing 1 responden. **Enumerator:** Sunarti P. Njola, Yusvina Mahang, Kornelis B. Mema.

Kelurahan Kambaniru (50 responden) yang terdiri dari 30 RT, yaitu RT lokasi program sebanyak 25 responden (RT 3, 4, 6, 7, 30 masing-masing RT dipilih 5 responden), sedangkan RT non lokasi program dipilih 25 responden, yaitu RT 1, 2, 5,

8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 masing-masing 1 responden. **Enumerator:** Abner H. Liwar, Yanti Yacob, Novi Thomas.

Dibalik peningkatan kapasitas riset aksi ini menyimpan kerja keras Stimulant Institute, karena menjadi batu ujian untuk mentransformasikan kapasitas barunya kepada kelompok pemuda. Para staf Stimulant Institute baru saja mendapatkan kapasitas ini dari ICW, sehingga mereka sangat serius mempersiapkan materi dan alur pelatihan bagi para pemuda yang akan menjadi pelaku riset yang sesungguhnya. Beberapa tantangan yang muncul adalah beragamnya pendidikan para pemuda tersebut, mulai dari hanya lulusan SMU hingga mahasiswa; leadership yang belum teruji; dan pemahaman tentang kondisi pelayanan publik yang dihadapi oleh masyarakat.

3.2.4 Melakukan Riset Aksi untuk Membangun Argumentasi dan Mengaktifkan Kelompok Pendukung



Era advokasi hanya dengan berteriak lantang sudah berlalu. Banyak pengalaman advokasi menunjukkan, saat ini agar didengar oleh para pengambil kebijakan, warga perlu mengajukan data sebagai argumentasi dan bukti valid. Inilah yang disebut sebagai advokasi berbasis bukti atau data. Dalam konteks situasi ini,

Wenda mengatakan bahwa CRC sebagai pusat pengaduan juga menjalankan advokasi pelayanan publik yang berbasiskan data, selain advokasi berbasiskan isu. Hal ini menjelaskan upaya peningkatan kapasitas pada kelompok pemuda untuk melakukan riset aksi pelayanan publik.³⁰

Pemilihan kelompok pemuda yang notabene terpelajar untuk melakukan riset aksi ini merupakan langkah tepat. Riset aksi yang dilakukan menjadi peluang bagi kelompok pemuda untuk menguji penalaran dasar yang diperoleh dari perguruan tinggi dan mengasah kepekaan sosialnya. Di sisi lain, keberadaan kelompok muda ini dapat menjadi bagian dari sistem pendukung (*supporting system*) bagi kerja-kerja advokasi CRC agar lebih efektif.

Pelibatan kelompok pemuda dalam riset aksi dan advokasi merupakan langkah mengembangkan kemitraan dengan organisasi masyarakat sipil (OMS) lain. Kelompok muda ini menjadi kelompok potensial untuk menjadi bagian dari sistem pendukung bagi advokasi CRC. Dalam strategi segi tiga medan advokasi, keberadaan sistem pendukung ini penting untuk kerja-kerja teknokratis seperti melakukan riset aksi/kebijakan, menyusun draft rekomendasi kebijakan, membuat analisis APBD, hingga menyusun rancangan peraturan.

Riset aksi dilakukan oleh 12 orang pemuda yang telah mendapatkan peningkatan kapasitas sebelumnya. Responden sebanyak 200 orang dipilih secara sengaja, yaitu warga yang menggunakan Jamkesmas. Sementara lokasi responden dipilih secara acak di Kecamatan Kota dan Kecamatan Kambera. Persiapan turun lapangan dilakukan cukup matang, instrumen riset diperiksa kembali untuk memastikan jawaban dapat mengakomodasi berbagai variasi jawaban responden, dan membuat simulasi untuk memastikan para enumerator mampu memberikan penjelasan secara memadai atas pertanyaan-pertanyaan riset.

³⁰ Wenda Radjah, Koordinator Penelitian, Pengembangan Masyarakat dan Advokasi, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012, Kantor Stimulant Institute.

3.2.5 Menumbuhkan Kesadaran Kritis untuk Aksi Kolektif

Ide tentang pusat sumber daya warga sebagai pusat aksi kolektif warga merupakan suatu hal baru, bukan hanya di Kabupaten Sumba Timur tetapi juga di sebagian besar wilayah Indonesia. Beberapa contoh yang bisa disebutkan misalnya Nahdliyin Center (NC) di Kota Pekalongan, Lembaga Pengawasan Masyarakat di Kabupaten Jeneponto, *Community Center* (CC) di Kota Malang, Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) di Kabupaten Bantaeng, Pusat Informasi Warga (PIW) di Kabupaten Lebak, atau di Kabupaten Lombok Barat.

Stefanus Makambombu, Direktur Stimulant Institute, mengatakan “Masyarakat jarang menyuarakan ketidakpuasannya terhadap buruknya layanan yang mereka terima. Namun pada saat pelatihan dengan ICW (*Indonesia Corruption Watch*) banyak persoalan disampaikan oleh warga. Soal-soal tentang listrik, air bersih, kesehatan, pendidikan, akte kelahiran dan KTP. Peserta juga mengungkapkan kebutuhannya untuk memiliki institusi partisipasi warga guna memerjuangkan kepentingan kepada pembuat kebijakan.”³¹

Pelatihan pengelolaan pusat sumber daya warga menjadi pilihan strategi yang dipilih untuk mengenalkan gagasan ini kepada para aktor perubahan. Ternyata pelatihan tersebut berhasil mendorong daya kritis warga menjadi aksi untuk membentuk pusat sumber daya warga. Pada saat pelatihan aktor-aktor perubahan dikenalkan pada konsep dasar pelayanan publik, metode analisis sosial dalam menilai pelayanan publik, konsep mekanisme komplain partisipatif berbasis warga, fungsi dan peran CRC sebagai wadah berbagi informasi pusat pembelajaran dalam mengelola pengaduan, dan menyusun strategi serta melakukan advokasi pelayanan publik. Dari serangkaian proses pelatihan yang dilakukan pada akhir pelatihan juga disepakati tentang pembentukan pengurus tetap CRC.

³¹ Diambil dari dokumentasi Layanan Publik KBR 68H dan Pos Kupang, dokumen Stimulant Institute, 2010.

Susunan Pengurus:**CRC Titu Hari, Kelurahan Prailiu**

- Ketua: Kons Kote Labu (Ketua RT 11)
- Sekretaris: Margaretha Sene (Ketua RT 07)
- Bendahara: Bendeline H. Dudu (warga RT 08)
- Div. Pencatatan dan Pengaduan: Debora Jonas (Sekretaris RT 08)
- Div. Advokasi: Dominggus Mangi (Ketua RT 08)
- Motivator: Naomi Lukas (RT 07), Yusuf Barnabas (RT 08), Lili Hanggamara (RT 09), Tabitha (RT 10), Yulianana Lua (RT 11)

CRC Mira Kaddi Hari, Kelurahan Kambaniru

- Ketua: Daud Dubu (Ketua RT 30)
- Sekretaris: Rosmery B. Tuka (Ketua RT 04)
- Bendahara: Sofia Wadu (warga RT 03)
- Div. Pencatatan dan Pengaduan: Melkianus R. Dole (warga RT 06)
- Div. Advokasi: Yanti Jacob (Pemuda GKS Kambaniru)
- Motivator: Yakoba Bale (RT 03), Imanuel Bura (RT 04), Meliani Sri Dole (RT 06), Ruth R. Rihi (RT 07), Martinus B. Kana (RT 30)

CRC Mbuhan Papandulangu, Kelurahan Matawai

- Ketua: Wiliams H. Kelly (Ketua RT 03)
- Sekretaris: Domy Mau Awang (Ketua RT 02)
- Bendahara: Dorkas P. Lemba (warga RT 01)
- Div. Pencatatan dan Pengaduan: Yanti Remindima (Ketua RT 18)
- Div. Advokasi: Umbu T. Nggilimara (Ketua RT 19)
- Motivator: Emu Bire (RT 01), Eben Landuamah (RT 02), Yuliana U. Rihi (RT 03), Markus Ndahawali (RT 18), Apryanace Kondanuha dan Fransiska Ng Mbaya (RT 19)

CRC Ninda Lakahaungu, Kelurahan Kambajawa

- Ketua: Ferdinan Mahat (Ketua RT 05)
- Sekretaris: Debora L. Mbiliyora (pengurus RT 04) dan Jola Pedi (Pengurus RT 05)
- Bendahara: Agustina D Wulang (pengurus RT 04) dan Viktor (Pemuda RT 04)
- Div. Pencatatan dan Pengaduan: Jhon Bili (pengurus RT 02) dan Baria Ambarak (Ketua RT 03)

- Div. Advokasi: Frederika D. Ngana (tokoh wanita RT 05) dan Ellen Sonya Faggidae (pengurus RT 01)
- Motivator: Lukas Riwu Lomi dan Andreas Tora (RT 01), Kornelis K. Wawu (RT 02), Melkianus Kapading (RT 03), Viktor (RT 04), Ferdinan Mahat (RT 05)

Keberanian warga untuk bersatu dalam wadah CRC ini merupakan perubahan luar biasa, karena relasi tidak setara dengan pemerintah yang terjadi selama ini memunculkan pemikiran CRC akan mengganggu atau melawan pemerintah. Padahal wadah ini potensial untuk kemitraan kritis pemerintah dengan warganya. Bahkan masih pada tahap inisiasi, tantangan tersebut sudah muncul dan membuat satu pengurus CRC mengundurkan diri karena mendapat tekanan dikhawatirkan kiprahnya akan melawan pemerintah.³²

3.2.6 Membangun Pusat Sumber Daya Warga

Setelah pelatihan, warga yang menjadi peserta mendapatkan pendampingan dari Stimulant Institute untuk membentuk CRC dan memilih pengurusnya. Proses pembentukan CRC dilakukan dengan cara re-grouping RT. Sebuah CRC terdiri dari 5 RT dalam satu kelurahan. Melekatkan CRC pada institusi RT merupakan ide inovatif yang lahir dari kejelian membaca situasi sosial dan analisis kebijakan. Stimulant Institute sebagai pencetus gagasan melihat RT/RW sebagai institusi/organisasi kemasyarakatan yang telah lama dan sedang bekerja untuk tujuan menyelenggarakan pelayanan publik. Secara normatif, institusi Rukun Warga (RW) dan Rukun Tetangga (RT) merupakan bagian dari lembaga kemasyarakatan (PP 72 tahun 2005 Tentang Desa dan PP 73 tahun 2005 Tentang Kelurahan). Eksistensi dari institusi tersebut secara tidak langsung menjadi “unit pemerintahan terendah” karena ada urusan-urusan pemerintahan (pelayanan

³² Wenda Radjah, Koordinator Penelitian, Pengembangan Masyarakat dan Advokasi, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012, Kantor Stimulant Institute.

publik) yang dikelola seperti pengurusan KTP, Akte dan lain sebagainya.³³ Dengan demikian bukan membangun institusi baru untuk mewadahi partisipasi warga, tetapi justru merevitalisasi institusi warga yang keberadaan dan fungsinya secara sosial dan jaminan hukum kuat.

Atas dasar kesepakatan warga di lima RT Kelurahan Prailiu, terbentuknya pusat sumber daya warga yang pertama. Pada saat pembentukan, Stef Makambombu menekankan kembali tujuan pembentukan CRC, yaitu sebagai pusat informasi, pusat pengaduan, dan pusat pembelajaran. Keterlibatan warga dalam CRC merupakan komitmen kerja sukarela untuk kepentingan warga lain.

Satu hal yang menarik pada saat pembentukan CRC di Kelurahan Prailiu adalah permintaan Lurah Prailiu Pamekar Jangkadu agar para pengurus RT serius mengelola CRC. Menurutnya, wadah CRC ini merupakan media yang dapat dimanfaatkan oleh pemerintah untuk mengetahui kondisi warga sampai di tingkat bawah. Lurah Prailiu mendukung penuh pembentukan CRC ini karena percaya pada saat suara warga terorganisir dengan baik akan menjadi daya dorong besar bagi perbaikan kualitas pelayanan publik dan kebijakan publik.³⁴ Pernyataan Lurah Prailiu ini memperlihatkan strategi *engagement* dengan pemerintah sejak awal inisiatif telah menghasilkan dukungan yang signifikan. Hal tersebut juga menunjukkan indikasi positif mulai terbukanya pemerintah terhadap peran-peran warga dalam pengawasan pelayanan publik.

Dukungan dana untuk CRC

- Dana pembuatan papan info (diberikan satu kali saja), Rp.1.500.000.
- Bahan referensi di CRC (diberikan fleksibel selama program), Rp.750.000.

³³ Stefanus Makambombu, Direktur Stimulant Institute, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012, Kantor Stimulant Institute.

³⁴ Laporan Monitoring ke 3 triwulan April-Juni 2010.

- Dana ATK (tiap bulan @Rp.100.000 selama 2 tahun), Rp.2.400.000.
- Dana snack (tiap bulan @ Rp.75.000 selama 2 tahun), Rp.1.800.000.
- Dana swadaya: kotak saran 5 unit @ Rp.250.000.
- Sewa ruang sekretariat @ Rp.250.000 selama 2 tahun, Rp.6.000.000.

Adapun struktur kepengurusan CRC yang saat ini berjalan terdiri dari Ketua, Sekretaris, Bendahara, Divisi Pencatatan dan Pengaduan, Divisi Advokasi, dan motivator. Setiap RT memiliki satu orang motivator. Agar kepengurusan tersebut dapat menjalankan fungsinya, Stimulant Institute membuat uraian tugas setiap pengurus. Usulan tersebut kemudian didiskusikan bersama dengan para pengurus saat pertemuan pendampingan. Kejelasan uraian kerja masing-masing posisi pengurus, cukup membantu para aktivis CRC menjalankan tanggung jawabnya. Pekerjaan para pengurus CRC beragam, seperti guru, Ketua atau pengurus RT, ibu rumah tangga, petani, pedagang kios kecil, pedagang sayur, dll.

Nilai-nilai dasar partisipasi, transparansi, dan akuntabilitas merupakan landasan aksi CRC yang disepakati bersama. Partisipasi akan bermakna jika pelibatan warga dalam kegiatan CRC untuk terlibat dalam upaya perbaikan pelayanan publik yang meliputi transparansi atas informasi yang diperoleh bisa diakses oleh seluruh pengurus CRC serta mendorong adanya budaya akuntabilitas dalam menangani kasus-kasus pengaduan yang didahului untuk dibahas secara internal dan baru disampaikan ke pihak luar.³⁵ Stimulant Institute pun berupaya menerapkan nilai-nilai tersebut sejak awal berinteraksi dengan CRC, salah satu contohnya adalah informasi tentang dukungan dana Stimulant Institute kepada CRC. Informasi dukungan dana tersebut disampaikan secara terbuka, baik jumlah maupun kegunaannya. Pengelolaan dana tersebut

³⁵ Wenda Radjah, Koordinator Penelitian, Pengembangan Masyarakat dan Advokasi, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012, Kantor Stimulant Institute, dan wawancara Yanti Jakob, Divisi Advokasi CRC Mira Kaddi Hari, Kelurahan Matawai, 14 Maret 2012.

diserahkan kepada CRC, dimana Stimulant Institute memberikan pendampingan agar dana dapat dimanfaatkan secara tepat dan dipertanggungjawabkan secara akuntabel.

Sementara terkait dengan keterlibatan perempuan dalam CRC, Wenda menyatakan, “Pada awalnya kami juga pesimis karena perempuan yang terlibat hanya sedikit, sehingga kami menginisiasi satu kegiatan debat publik untuk ibu-ibu rumah tangga. Kegiatan debat publik tersebut berhasil mendorong 24 perempuan merespon isu pelayanan publik. Titik balik terjadi semenjak kegiatan debat publik. Perempuan menjadi lebih percaya diri. Secara jumlah memang lebih sedikit, tetapi secara kualitas telah memberikan dampak.”³⁶ Stimulant Institute secara khusus memang berupaya meningkatkan baik jumlah maupun peran perempuan dalam CRC. Perhatian terhadap partisipasi perempuan diberikan karena mereka adalah ibu-ibu rumah tangga yang merasakan akibat buruknya akses dan kualitas pelayanan publik. Pada satu sisi, mereka adalah korban. Pada sisi lain, mereka potensial menjadi aktor perubahan yang disegani oleh pihak lain. Sebagai contoh atas peran perempuan misalnya dengan dipilihnya Yanti Jacob sebagai negosiator dalam pertemuan-pertemuan CRC dengan PDAM, kemudian tim *lobby* pun semuanya perempuan, yaitu Mama Eta (Margaretha Zene), Ibu Debora, Ibu Yanti, dan Ibu Baria.

³⁶ Wenda Radjah, Koordinator Penelitian, Pengembangan Masyarakat dan Advokasi, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012.

3.2.7 Dialog dan Menyusun Roadmap Aksi



Riset aksi yang dilakukan oleh kelompok pemuda menghasilkan gambaran tentang pelayanan publik di lima sektor, yaitu listrik, air, pendidikan, kesehatan, dan administrasi KTP. Hasil riset ini dikemas dalam bentuk proshow dan dipresentasikan dalam sebuah pertemuan yang mengundang masyarakat, pemerintah, unit layanan, media, OMS, dan lembaga donor. Unit layanan yang hadir adalah PDAM, Dispendukcapil, dan RSUD Umbu Rara Meha. Pertemuan untuk publikasi hasil riset ini berfungsi sebagai: 1) pembuka ruang *engagement* warga dengan pemerintah, 2) ruang membangun kesepakatan untuk perbaikan pelayanan.

Relasi yang tidak setara antara warga dengan pemerintah ternyata dapat diseimbangkan dengan cara membekali warga dengan fakta-fakta yang valid dari hasil temuan riset aksi. Berbekal data-data yang dimiliki oleh warga maka ketika berdialog dengan pemerintah relasinya “relatif” seimbang, sehingga diskusi antara unit layanan dan masyarakat pengguna layanan berlangsung secara

konstruktif. Masing-masing pihak memandang bahwa masalah-masalah yang ditemukan dari riset merupakan peluang untuk membuat perbaikan dan peningkatan secara bersama-sama. Matius Kitu yang hadir mewakili Bupati mengapresiasi kegiatan riset aksi ini sebagai upaya warga membantu pemerintah dalam meningkatkan mutu pelayanan publik bagi masyarakat³⁷. Relasi yang lebih setara dan pengakuan atas peran warga inilah yang menyebabkan terbukanya ruang *engagement* antara warga dengan pemerintah, apalagi ketika proses dialog berlangsung juga diikuti dengan visualisasi hasil riset dalam bentuk proshow agar memudahkan orang untuk memahami hasil temuan riset tersebut.

Dari hasil riset aksi ini dapat mengungkapkan tentang adanya ketidakpuasan warga terhadap layanan publik dan dari ketidakpuasan ini yang mendapatkan ranking tertinggi adalah tentang pelayanan administrasi KTP. Meskipun pelayanan administrasi KTP menduduki ranking tertinggi atas ketidakpuasan warga, namun untuk sementara keempat CRC memutuskan untuk tidak menempatkan administrasi KTP sebagai prioritas pertama advokasi. Karena ada hal lain yang sangat mendesak. Inipun berdasarkan kesepakatan bersama. Dalam menyusun kesepakatan advokasi ini pengurus CRC menempatkan masalah air minum yang dikelola oleh PDAM untuk segera dilakukan advokasi, karena air sangat mendesak dibutuhkan warga karena hingga saat ini PDAM tidak segera memperbaiki kerusakan jaringan yang ada. Oleh karena itu, keempat CRC kemudian bersepakat untuk melakukan advokasi secara bersama masalah air tersebut, meskipun setiap CRC sebenarnya mendapatkan kasus yang berbeda dari pengaduan warga. Proses memutuskan prioritas advokasi tidak dilakukan dalam satu kali pertemuan saja, melainkan merupakan hasil beberapa kali diskusi tematik yang melibatkan pengurus CRC, perwakilan warga yang peduli terhadap perbaikan pelayanan publik, kelompok pemuda, dan dari aktivis Stimulant Institute.

³⁷ Laporan Monitoring ke-5 triwulan Oktober-Desember 2010.

Kerja-kerja advokasi ini merupakan tindakan yang terencana untuk memengaruhi kebijakan maupun praktiknya, secara alami dijalankan oleh pengurus CRC. Pertemuan untuk mendiskusikan tema-tema isu tertentu bersama dengan kelompok pemuda dan Stimulant Institute memperkaya wawasan dan strategi beradvokasi. Sebagai contoh, setelah menentukan PDAM sebagai prioritas pertama advokasi, keempat CRC memutuskan untuk mengadakan persiapan. Mereka membutuhkan empat kali pertemuan untuk mempersiapkan dialog dengan PDAM, diantaranya membahas:

- Pengiriman temuan riset dan surat permintaan informasi yang merujuk pada temuan tersebut ke PDAM. Tawaran Stimulant Institute untuk bersurat kepada PDAM, tidak begitu saja diterima oleh para pengurus CRC. Mereka merasa jika surat dikirimkan oleh empat CRC dapat meningkatkan daya tawar mereka kepada PDAM, karena surat tersebut merupakan suara dari empat kelurahan. “Untuk memperkuat posisi CRC, Saya mengusulkan surat yang akan dikirimkan dibuat tembusannya ke DPRD dan Bupati Sumba Timur, karena mereka perlu tahu apa yang sedang dikerjakan CRC,” kata Ferdy Mahat, ketua CRC Ninda Lakahaungu, Kelurahan Kambajawa pada saat wawancara³⁸. Mama Ika menimpali, “Saya mengusulkan tembusan juga mengetahui pihak kelurahan, karena CRC sudah dikukuhkan oleh kelurahan³⁹.”
- Jawaban surat PDAM terhadap surat yang dikirimkan oleh CRC. Pada pertemuan tersebut Stimulant Institute menyampaikan hasil riset yang dilakukan di 2006, dengan tujuan memperkaya wawasan para pengurus CRC. Pada pertemuan ini, para pengurus CRC memutuskan untuk mengubah strategi berdialog langsung dengan PDAM dari pada hanya bersurat.

³⁸ Wawancara dengan Ferdinan Mahat, Ketua CRC Ninda Lakahaungu, Kelurahan Kambajawa, 14 Maret 2012.

³⁹ Wawancara dengan Frederika Nday Ngana, Divisi Advokasi CRC Ninda Lakahaungu, Kelurahan Kambajawa, 14 Maret 2012.

Kesetaraan posisi, peran dan relasi menjadi pertimbangan perubahan strategi tersebut, seperti tersirat dalam pernyataan Dominggus, Divisi Advokasi CRC Titu Hari, Kelurahan Prailiu, “Kalau masyarakat tidak melakukan kewajiban bayar tepat waktu maka PDAM langsung mengenakan sejumlah denda, tetapi kalau PDAM yang lalai seperti pencatatan pemakaian air tidak akurat, air macet tanpa pemberitahuan, dll., mengapa masyarakat tidak bisa memberikan sanksi pada PDAM⁴⁰?” Juga pentingnya unit layanan memiliki standar pelayanan sebagai acuan pemberian layanan kepada masyarakat sebagai pengguna⁴¹.

- Walaupun pertemuan pertama gagal karena tidak ada yang menemui, tidak ada kata putus asa. Para pengurus CRC justru memandang hal tersebut sebagai kesempatan untuk semakin mematangkan persiapan dan saling menguatkan untuk berjuang bersama. Justru pada saat itu hadir tiga orang anggota DPRD dari Komisi A. Mereka memberikan fotokopi dokumen Perda tentang Organ dan Kepegawaian Perusahaan Daerah Air Minum Matawai Amahu agar bisa menjadi rujukan CRC.
- CRC melakukan persiapan kembali untuk dialog berikutnya. Mereka mempersiapkan data, membuat catatan hal-hal yang akan disampaikan, membuat film, simulasi proses dialog, hingga memilih juru bicara. “Stimulant memang ada di antara kami, pada saat persiapan dan dialog, tetapi kamilah yang maju,” menurut penjelasan Yanti.⁴² Kelompok pemuda yang terlibat dalam riset aksi masih terlibat untuk mengumpulkan data-data yang menjadi temuan riset, seperti jumlah petugas pencatat meter dan sistem penghitungan tarif.⁴³

⁴⁰ Laporan Monitoring ke-6 triwulan Januari-Maret 2011.

⁴¹ Wawancara Yanti Jakob, Divisi Advokasi CRC Mira Kaddi Hari, Kelurahan Matawai, 14 Maret 2012.

⁴² Wawancara Yanti Jakob, Divisi Advokasi CRC Mira Kaddi Hari, Kelurahan Matawai, 14 Maret 2012.

⁴³ Wenda Radjah, FGD dengan Stimulant Institute, 13 Maret 2012.

Akhirnya pertemuan dengan PDAM bisa dilaksanakan pada 25 Februari 2011. Sayangnya pada saat pertemuan tersebut DPRD justru tidak hadir karena tidak mendapat undangan dari PDAM, sehingga pertemuan hanya diikuti oleh PDAM, para pengurus CRC, media, dan Stimulant Institute. Yanti yang menjadi juru bicara mempertanyakan beberapa hal seperti 1) tarif air minum yang kurang jelas besaran dan cara per-hitungannya, 2) nama, jumlah, wilayah, dan jadwal kerja petugas pencatat meteran, 3) wilayah pelayanan mobil tangki PDAM, 4) apa penyebab aliran air tidak lancar, dan 5) apa guna dana meteran Rp. 5.000 per bulan.⁴⁴ Beberapa persoalan yang juga ditanyakan pada pertemuan ini misalnya tentang mengapa tagihan tetap jalan meskipun air tidak mengalir, penjadwalan aliran air untuk daerah Padadita yang terletak di dataran tinggi, mengapa daerah Kamalaputih yang terletak di dataran rendah aliran air juga tidak lancar, keberadaan kartu kendali meteran air, untuk apa penarikan dana retribusi sampah Rp. 1.000 per bulan, dan SOP.

Pertemuan dengan PDAM tersebut berhasil membuka komunikasi dan dialog lebih lanjut antara warga dengan unit layanan tersebut. PDAM menjawab berbagai pertanyaan dengan cukup terbuka. Seluruh yang hadir mendapatkan keterangan yang jelas, misalnya tentang nama para petugas pencatat meteran diberikan, nama dan nomor telpon pengaduan, perhitungan tarif air, rasio petugas pencatat meter dan jumlah pelanggan air minum, penggunaan dana meter dan retribusi sampah yang ditarik per bulan, penggiliran aliran air di Padadita, dll. Pada forum dialog tersebut juga terjadi saling memberikan saran dan masukan. Misalnya PDAM menghimbau agar warga saling mengingatkan jika ada warga lain yang melepas pipa atau meteran, meminta kesediaan masyarakat memberikan informasi kepada PDAM jika ada warga yang “nakal” menyedot air menggunakan mesin pompa sehingga warga lain tidak mendapatkan air, meminta warga berada di

⁴⁴ Wawancara Yanti Jakob, Divisi Advokasi CRC Mira Kaddi Hari, Kelurahan Matawai, 14 Maret 2012 dan notulensi hasil dialog dengan PDAM Matawai Amahu pada 25 Februari 2011.

rumah pada saat petugas pencatat meter datang sehingga bisa berkomunikasi. Sementara pengurus CRC menyarankan PDAM menggunakan radio untuk mengumumkan informasi penggiliran aliran air ke wilayah-wilayah tertentu, petugas meteran menggunakan tanda pengenal, petugas lapangan yang melakukan perbaikan menggunakan tanda pengenal atau papan.

Pengalaman dialog dengan PDAM menjadi pembelajaran penting bagi CRC untuk berdialog dengan unit-unit layanan lainnya. Hal utama yang menjadi pembelajaran adalah pentingnya metode dialog dan akurasi data-data yang dipresentasikan kepada unit layanan sebagai bukti dan basis argumen pengaduan. Sementara kehadiran anggota DPRD pada pertemuan pertama yang gagal justru menumbuhkan penghargaan mereka terhadap pusat sumber daya warga tersebut.

Pendekatan komunikasi awal secara tertulis dengan surat juga diterapkan kepada PLN, Dispendukcapil, dan Dinas PPO. Selanjutnya CRC meminta untuk berdialog dengan tiga institusi tersebut. Dialog tersebut menjadi titik masuk CRC untuk membangun kemitraan kritis dengan unit layanan, dengan mengedepankan pendekatan dialog santun berbasiskan data/bukti.

3.2.8 Talkshow Radio sebagai Strategi Kampanye Lini Atas

Pelibatan media dalam advokasi untuk memperbesar ruang publik dalam penyelenggaraan pelayanan publik di Sumba Timur memang dirancang sejak awal oleh Stimulant Institute. Radio Max FM yang siarannya mencakup Kota Waingapu, bahkan hingga ke Flores dipilih sebagai mitra kerja. Kerja sama dengan Radio Max FM bertujuan untuk memperluas gagasan Program Publik Bicara, menyampaikan hasil riset aksi, membagikan pembelajaran advokasi yang dilakukan oleh CRC, dan menyiarkan berbagai informasi terkait pelayanan publik.

Talkshow di Radio Max FM menjadi satu faktor pendukung penyebaran gagasan pelebagaan partisipasi untuk pelayanan publik. Pada 2005-2008, Radio Max FM telah memiliki program

dalam isu pelayanan publik, namun tidak direspon oleh publik.⁴⁵ Siaran ini mestinya bisa menjadi saluran menumpahkan kekecewaan warga dalam pelayanan publik. Meskipun belum tentu ada penyelesaian, tetapi radio dapat menjadi media penyalur pengaduan ke publik dan tidak langsung ke unit layanan. Situasi respon publik terhadap siaran Radio Max FM mulai berubah pada 2009. Publik mulai memberikan respon terhadap isu-isu yang dibahas pada sesi isu pelayanan publik. Situasi benar-benar berubah semenjak kerja sama dengan Stimulant Institute pada 2010. Konsep siaran lebih jelas dengan tajuk Publik Bicara dan ada narasumber dalam setiap siaran.

Format siaran radio yang tepat tersebut berhasil meningkatkan respon publik terhadap isu-isu yang dibahas. Siaran Publik Bicara rutin di Rabu pagi saat ini menjadi siaran yang ditunggu-tunggu oleh publik. “Muncul pertanyaan-pertanyaan kritis dari publik, ada warga yang mau jadi narasumber terkait persoalan listrik yang dia hadapi,” menurut Heinrich Dengi dari Max FM. Bahkan dia yakin bahwa rating talkshow ini meningkat.⁴⁶ Siaran Publik Bicara tersebut juga memunculkan permintaan-permintaan untuk mendirikan CRC di beberapa wilayah lain.

Bagi para pengurus CRC talkshow radio tersebut menjadi kesempatan untuk berdialog dengan publik luas, menyebarluaskan gagasan pelebagaan partisipasi dalam pusat sumber daya warga, serta menginformasikan tentang peran-peran yang bisa dimainkan oleh warga untuk perbaikan kualitas layanan publik. “Sebagai warga biasa tidak pernah terbayang sebelumnya bisa menjadi narasumber di Max FM,” kata Yeni Mira.⁴⁷ Bicara di radio tampaknya juga meningkatkan kepercayaan diri para pengurus CRC dalam menyampaikan persoalan-persoalan layanan publik di wilayah-nya. Mereka juga memanfaatkan radio untuk menjadi kelompok penekan pada saat dialog. Surat permintaan dialog dengan unit

⁴⁵ Wawancara Heinrich Dengi, Radio Max FM, 16 Maret 2012.

⁴⁶ Wawancara Heinrich Dengi, Radio Max FM, 16 Maret 2012.

⁴⁷ Yeni Mira, Bendahara CRC Kako Hari, Kelurahan Prailiu, diskusi pada saat arisan Forum CRC, 15 Maret 2012.

layanan biasanya ditembuskan juga ke Radio Max FM dan Koran Pos Kupang agar mereka meliput proses dialog dan memberikannya ke publik.

Sementara bagi para penyelenggara layanan, talkshow radio tersebut dapat mendorong mereka untuk melakukan akuntabilitas kepada publik. Sebagai contoh keterbukaan Direktur PDAM untuk merespon berbagai keluhan publik melalui radio, responsivitas Sekdis Kependudukan dan Pencatatan Sipil menjawab persoalan rendahnya kualitas layanan administrasi kependudukan. Saat ini bahkan PDAM telah menggunakan radio untuk mengumumkan penggiliran aliran air atau kerusakan-kerusakan yang terjadi yang menyebabkan berhentinya aliran air ke rumah warga. Beberapa unsur pemerintah lainnya yang cukup terbuka berdialog di radio adalah Camat Kota dan Camat Kambera, Lurah Prailiu, Lurah Kambajawa, Lurah Kambaniru, dua anggota DPRD (Amos Kulandima dan Steven Galla).

Adanya talkshow publik bicara setiap Rabu ternyata mempengaruhi cara komunikasi publik dalam merespon isu pelayanan publik tertentu. Menurut pengamatan Heinrich Dengi, respon publik dalam persoalan PDAM lebih melunak sejalan dengan kemajuan hasil advokasi yang dilakukan oleh CRC. Sebaliknya, keluhan publik dalam persoalan menyangkut PLN justru meningkat sejalan dengan kebuntuan advokasi yang dilakukan oleh CRC. Perubahan ini diketahui dari perbandingan jumlah respon penelpon terhadap persoalan listrik dan air tahun 2010 dengan 2012. Dilihat dari respon warga yang diterima oleh Radio Max FM, tampaknya warga menjadi lebih bersimpati pada berbagai kesulitan dan upaya yang dilakukan oleh PDAM untuk bisa memberikan layanan yang baik.⁴⁸

Radio Max FM ternyata juga merasa mengalami peningkatan cara dan hasil kerja sejalan dengan kerja sama untuk advokasi oleh CRC. Semenjak terlibat dalam kegiatan advokasi dengan warga di

⁴⁸ Wawancara Heinrich Dengi, Radio Max FM, 16 Maret 2012 dan wawancara Agustina Ana Hawu, Direktur PDAM, 17 Maret 2012.

CRC, terutama pada saat meliput kegiatan-kegiatan dialog, Radio Max FM terdorong menulis artikel yang dimuat di website Max FM. Pemahaman terhadap isu pelayanan publik dan berbagai persoalan yang dihadapi oleh warga pun menjadi lebih tajam. Bahkan Heinrich Dengi yakin bahwa rating radionya meningkat karena slot talkshow publik bicara, meskipun belum pernah dilakukan survey.⁴⁹ Radio ini juga membuat perbandingan peringkat keluhan pendengar dalam isu air minum dan listrik selama dua tahun berturut-turut yang memperlihatkan perubahan jumlah respon warga terhadap persoalan pelayanan publik dan secara kualitatif memperlihatkan meningkatnya pemahaman warga terhadap unit layanan yang lebih responsif. Selain memanfaatkan radio dan koran untuk kampanye lini atas, Stimulant Institute juga menggunakan situs sosial facebook untuk membangun jaringan di berbagai tingkatan.

3.2.9 Mulutgram sebagai Strategi Kampanye Lini Bawah

Strategi utama CRC untuk menyebarkan gagasan pusat pengaduan ini adalah “mulutgram”, yaitu bercerita kepada orang-orang yang mereka temui sehari-hari. Misalnya ketika melakukan pekerjaan sebagai pedagang sayur keliling atau ketika melakukan pembayaran listrik atau telpon.⁵⁰ Melalui pertemuan-pertemuan informal tersebut para pengurus CRC mempromosikan keberadaan CRC yang bisa dimanfaatkan untuk mengadukan soal layanan publik dan menggali soal-soal layanan publik yang dihadapi oleh warga lain.

Strategi sederhana ini telah memunculkan respon warga RT terhadap keberadaan CRC. Mereka mengadukan persoalan pelayanan publik, ikut dalam dialog, dan menjadi narasumber

⁴⁹ Wawancara Heindrich Dengi, Radio Max FM, 16 Maret 2012.

⁵⁰ Wenda Radjah, Koordinator Penelitian, Pengembangan Masyarakat dan Advokasi, FGD dengan Stimulant Institute tanggal 13 Maret 2012; wawancara dengan Ferdinan Mahat dan Frederika Nday Ngana, CRC Ninda Lakahaungu, 14 Maret 2012, dan Wawancara Yanti Jakob dari CRC Mira Kaddi Hari, Kelurahan Matawai, 14 Maret 2012.

talkshow radio. Pada beberapa bulan terakhir mulai muncul permintaan dari RT dan wilayah lain untuk mendirikan CRC di tempat mereka.

Sementara Stimulant Institute mengembangkan media kreatif untuk penyadaran kritis warga dan membangun argumentasi advokasi secara visual. Beberapa media kampanye yang mereka kembangkan adalah film, poster, spanduk, dan bulletin. Media visual dalam bentuk film tentang persoalan-persoalan layanan publik terbukti lebih efektif untuk penyadaran kritis dan argumentasi advokasi. Film-film tersebut diputar pada saat advokasi ke penyelenggara dan sharing pembelajaran antara RT. Visualisasi persoalan pelayanan publik dalam film dapat menjadi bukti bagi warga bahwa situasi sama dihadapi oleh warga lain dan situasi tersebut adalah persoalan. Sementara pemutaran film pada saat audiensi mendorong pembuat kebijakan merespon langsung persoalan tersebut.⁵¹

Pembuatan film dilakukan dengan melibatkan warga, khususnya untuk menentukan lokasi dan siapa yang harus diwawancara. Pesan menjadi muatan penting yang dirancang dengan baik sebelum pembuatan film. Pesan dikemas dalam alur persoalan-persoalan yang dialami, apa yang hendak dilakukan terkait persoalan tersebut, ajakan untuk menyelesaikan persoalan, dan solusi berbasiskan pada undang-undang. Membumikan isi kebijakan, khususnya UU KIP dan UU PP menjadi pesan-pesan kampanye publik dan menampilkan contoh-contoh.⁵²

Keberhasilan strategi kampanye lini bawah ini terbukti dari ketertarikan warga di empat kelurahan untuk membentuk dan bergabung dalam CRC setelah mereka melihat film tentang CRC. Stimulant Institute juga menerima umpan balik dari masyarakat yang menyatakan lebih mudah bagi mereka memahami isu-isu yang ditemukan dari riset dan informasi tentang CRC dalam

⁵¹ Wawancara Umbu Tamu, Kordinator pengembangan media dan pembelajaran Stimulant Institute, 13 Maret 2012.

⁵² Wawancara Umbu Tamu, Kordinator pengembangan media dan pembelajaran Stimulant Institute, 13 Maret 2012.

tampilan visual berbentuk proshow. Menurut masyarakat berbagai informasi yang mereka terima menjadi lebih mudah diingat. Bahkan yang diluar dugaan pada saat pembuatan film untuk pelatihan media bagi pengurus CRC, warga dan petugas PDAM terlibat secara sukarela.

3.2.10 Pendampingan bagi Pusat Sumber Daya Warga

Pendampingan bagi pusat sumber daya warga menjadi kunci keberhasilan advokasi. Ada dua orang dari Stimulant Institute yang rutin melakukan pendampingan bagi keempat pusat sumber daya warga adalah Wenda Radjah dan Umbu Tamu. Pendampingan yang dilakukan setiap bulan dimanfaatkan untuk menguatkan kapasitas para pengurus CRC dalam isu-isu tematik sesuai wilayah dan mempersiapkan strategi advokasi. Pertemuan-pertemuan dengan pusat sumber daya warga dilakukan di sekretariat CRC secara bergiliran, dimana seluruh pengurus CRC berkumpul.

Pada setiap pendampingan kelompok pemuda juga dilibatkan. Mereka didorong untuk saling berbagi pembelajaran sehingga dapat saling memperkaya pengetahuan. Prioritas advokasi memang didasarkan pada temuan riset aksi, tetapi setiap CRC juga menerima pengaduan isu-isu lain seperti perselisihan soal tanah, raskin yang tidak tepat sasaran, genangan air, dll. Hal ini membuat kedua pendamping tersebut membantu memikirkan strategi yang sesuai untuk advokasi. Pertemuan-pertemuan pendampingan tersebutlah yang memunculkan kebutuhan melakukan persiapan advokasi yang dapat memperkuat daya tawar pusat sumber daya warga terhadap unit layanan, termasuk mengumpulkan bukti-bukti tambahan untuk advokasi.

IV. CAPAIAN KEBERHASILAN DAN KEBERLANJUTAN PUSAT SUMBER DAYA WARGA

4.1 Capaian Internal Pusat Sumber Daya Warga

Pusat sumber daya warga telah bertambah menjadi enam CRC dari empat CRC yang telah terbentuk pada sebelumnya. Ter-

bentuknya dua pusat sumber daya warga baru di Kelurahan Prailiu dan Kelurahan Kambajawa berasal dari keinginan warga sendiri. Mereka merasa dengan membentuk pusat sumber daya warga dapat menjadi solusi dari persoalan pelayanan publik yang mereka hadapi.

Permintaan untuk membentuk pusat sumber daya warga sebenarnya muncul dari banyak tempat, bahkan hingga ke kecamatan pelosok. Sayangnya pendampingan dari Stimulant Institute masih terbatas di dua kecamatan saja, sehingga banyak permintaan belum bisa dipenuhi. Namun para pengurus CRC sendiri mulai memikirkan cara agar ke depan dapat merespon permintaan warga dari daerah-daerah lain.

Keberadaan pusat sumber daya warga telah dikenal oleh warga, terbukti dari warga datang mengadukan persoalan pelayanan publik. Bahkan di beberapa CRC kebutuhan warga untuk dibantu meluas ke berbagai isu, misalnya terkait perselisihan tanah, tuduhan kasus pencurian di sebuah toko, kasus perceraian, dan genangan air. Hal tersebut menyadarkan para pengurus akan kebutuhan untuk terus meningkatkan kemampuan mengelola pusat sumber daya warga dan ketrampilan advokasi.

Beberapa faktor yang memengaruhi berkembangnya kapasitas pusat sumber daya warga adalah:

- Pelatihan-pelatihan yang menguatkan kesadaran kritis warga akan hak dan kewajiban sebagai warga negara dalam pelayanan publik. Selain itu, warga juga mendapatkan informasi tentang keberadaan dua undang-undang, UU KIP dan UU PP, yang memperkuat jaminan hukum terhadap peran partisipasi warga dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Pada saat pelatihan tersebut warga juga didorong untuk mampu mengidentifikasi persoalan-persoalan pelayanan publik yang mereka hadapi.
- Pendampingan staf Stimulant Institute secara rutin untuk membahas isu tematik, membantu persiapan advokasi, dan

berbagi pembelajaran membuat para pengurus CRC semakin solid dan kaya dalam wawasan pelayanan publik.

- Kesepakatan atas nilai-nilai sebagai prinsip kerja seperti transparansi, akuntabilitas, kesetaraan gender. Prinsip kerja ini mendorong para pengurus CRC selalu transparan dalam mengelola keuangan dan informasi, menangani pengaduan melalui diskusi internal, dan memberi peluang yang besar kepada perempuan untuk terlibat dalam advokasi.
- Strategi advokasi terencana berpengaruh pada keberhasilan advokasi yang dijalankan. Meskipun dalam advokasi listrik kepada PLN belum menunjukkan hasil, advokasi kepada PDAM dan Dispendukcapil menunjukkan perubahan responsivitas kedua unit layanan tersebut. Pendekatan advokasi berdasarkan bukti dan data yang diperoleh dari riset dan pengaduan warga membuat daya tawar warga dan pengurus CRC tinggi dihadapan unit layanan. Pengaduan warga yang diterima oleh CRC merupakan wujud legitimasi warga terhadap keberadaan CRC yang dapat membantu mereka menyuarkan keluhan, pengaduan, maupun kebutuhan dalam pelayanan publik.
- Strategi advokasi maju bersama seluruh pengurus CRC dengan warga dan kelompok pendukung (kelompok pemuda, media, dan Stimulant Institute). Pendekatan advokasi ini membuat pengurus CRC meningkat rasa percaya dirinya untuk berdialog dengan unit layanan.
- Dukungan resmi dari lurah dan camat dalam bentuk pengukuhan, surat pengantar, peminjaman ruang pertemuan di kelurahan membuat legitimasi keberadaan CRC meningkat. Dukungan tersebut juga menunjukkan pemerintahan setempat tidak khawatir keberadaan CRC akan mengganggu mereka.

4.2 Pengaruh Advokasi Pusat Sumber Daya Warga Pada Perbaikan Penyelenggaraan Pelayanan

4.2.1 Pelayanan Air Minum PDAM



Beberapa kali dialog antara CRC dengan PDAM menghasilkan perbaikan pada penyelenggaraan layanan, seperti:

- Pemakaian kembali kartu kontrol pada proses pencatatan meteran air.
- Petugas pencatatan meter menggunakan *nametag*, menemui tuan rumah dan meminta tanda tangan pada kartu kontrol.
- Warga mengetahui nama-nama petugas pencatat meteran dan wilayah kerjanya.
- Relasidengan pengguna relatif lebih dekat.
- Warga mengetahui tentang perhitungan tarif air.
- Warga mengetahui penggunaan dana meteran.
- Pembagian aliran air setiap 3 hari di wilayah Padadita Barat dan Timur.
- Radamata mendapat aliran air walaupun atas jam 12 malam.

- Penghapusan retribusi sampah yang ditarik pada saat pembayaran air.

Dalam perkembangan selanjutnya direktur PDAM menyatakan bahwa pelayanan PDAM masih kurang memuaskan karena masih terdapat daerah yang tidak bisa dilayani dalam waktu 24 jam. Perubahan yang mencolok adalah keaktifan PDAM menggunakan siaran Radio Max FM untuk menyampaikan informasi terkait pelayanan PDAM, serta himbauan agar masyarakat turut menjaga fasilitas PDAM.

Dari temuan-temuan di atas telah memperlihatkan adanya peningkatan responsifitas atau ketanggapan PDAM. Kuantitas maupun kontinuitas belum sepenuhnya membaik, tapi upaya serius untuk menangani kedua masalah tersebut sudah mulai terlihat hasilnya. Meskipun inisiatif perbaikan yang telah dilakukan belum ditegaskan melalui aturan tertulis, misalnya keharusan petugas meter menemui tuan rumah dan meminta tanda tangan pada kartu kontrol.

Hasil di atas juga tergambarkan dari data kontrol warga melalui Radio Max FM.⁵³ Pada tahun 2010 PDAM mendapat komplain tertinggi, sebanyak 46,7% dari penelpon atau pengirim SMS. Kemudian menurun pada tahun 2011 menjadi 17,2%, sehingga menempati urutan kedua dari ranking complain yang ada.

Bentuk kemitraan yang terlihat cukup menonjol adalah pembentukan forum pelanggan PDAM sebagai kelanjutan dari dialog. Meskipun pengurus CRC tidak menjadi pengurus forum pelanggan PDAM, mereka tetap memberikan masukan melalui CRC. Melalui forum pelanggan, PDAM membangun interaksi konstruktif dengan warga penggunanya. Salah satu kegiatan yang pernah dilakukan adalah pertemuan di sumber air PDAM. Kegiatan ini ternyata berhasil membangun empati kedua belah pihak. Warga pengguna menjadi memahami kesulitan yang dihadapi PDAM

⁵³ Diambil dari presentasi Stimulant Institute "Pentingnya Kontrol Warga dalam Pelayanan Publik", 16 Februari 2012.

terkait infrastruktur, debit air, dan kondisi sumber air.⁵⁴ Sementara PDAM juga menjadi lebih responsif dalam pelayanannya.⁵⁵

4.2.2 Pelayanan Administrasi Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Dispendukcapil)

Dialog-dialog dengan Dispendukcapil mendorong layanan unit ini menjadi lebih cepat. Durasi waktu layanan administrasi yang baru ini dituangkan dalam Keputusan Kepala Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil No. 474/100/Disduk & Capil/IV/2011 tentang SOP Pelayanan KK/KTP dan Akta Pencatatan Sipil. Layanan KK/KTP dari 14 hari menjadi 4 hari kerja. Dispendukcapil juga memberikan sanksi mutasi kepada pegawai yang melanggar aturan. Dinas ini juga lebih responsif dalam memberikan informasi dan layanan administratif kepada masyarakat, khususnya di pelosok. Berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil No. 474/110/Disduk & Capil/IV/2011 tentang Tim Satuan Tugas Pengelolaan Pengaduan Masyarakat, Dispendukcapil telah membentuk Tim Satgas Pengelolaan Pengaduan Masyarakat. Surat Keputusan ini merupakan implementasi dari UU Pelayanan Publik seperti tertuang dalam konsiderannya. Tim satgas terdiri dari 4 orang, dengan koordinator Sekretaris Dispendukcapil dan 3 anggota terdiri dari Kepala Bidang Pencatatan Sipil, Kepala Bidang Pengelolaan Informasi Kependudukan, dan Kepala Bidang Kependudukan. Namun sayangnya Tim satgas masih belum berfungsi. Padahal keberadaannya potensial meningkatkan keberlanjutan CRC, jika CRC dapat membangun kemitraan kritis dengan Dispendukcapil.

⁵⁴ Wawancara dengan 4 CRC, 14-15 Maret 2012.

⁵⁵ Wawancara dengan Henrich Dengi, Radio Max FM, 16 Maret 2012; wawancara dengan Agustina Ana Hawu, Direktur PDAM, 17 Maret 2012.

V. TANTANGAN DAN KEBERLANJUTAN

5.1 Memperkuat Fungsi Pengawasan DPRD dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Fungsi pengawasan legislatif merupakan mandat UUD 1945, pasal 20A. Amandemen III UUD 1945 telah mengubah sistem parlemen, perwakilan politik masyarakat tidak lagi diarahkan kepada MPR melainkan DPR dan DPD. Hal ini seharusnya akan memperkuat fungsi pengawasan DPR, termasuk fungsi pengawasan DPRD kabupaten/kota dalam pelaksanaan kebijakan dan pembangunan di daerah. Secara khusus fungsi pengawasan DPRD sebagai mandat konstitusi, diatur lebih lanjut dalam UU No. 32/2004 tentang Pemerintah Daerah, pasal 41 dan UU No. 27/2009 tentang MPR, DPR, DPD, dan DPRD (UU MD3) pasal 343 (1c). UU No. 25/2009 tentang Pelayanan Publik (UU PP), pasal 35 (3c) memperkuat fungsi DPRD untuk melakukan pengawasan eksternal terhadap penyelenggaraan pelayanan publik.

Namun sayangnya, fungsi pengawasan DPRD agak tertinggal dibandingkan dengan pelaksanaan dua fungsi lain, yaitu fungsi legislasi dan fungsi anggaran. Terlebih lagi jika fungsi pengawasan tersebut dikaitkan dengan pengawasan terhadap kewajiban pemerintah dalam pemenuhan HAM. Penyebab ketertinggalan fungsi pengawasan ini antara lain adalah sikap dan mentalitas anggota DPRD yang tidak menganggap penting untuk melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan publik, dan DPRD belum menguasai metode dan teknik untuk melakukan evaluasi.⁵⁶

Proses membangun engagement dengan DPRD dilakukan sejak awal kegiatan diinisiasi. Mereka dilibatkan dalam pelatihan riset aksi yang diberikan oleh ICW, menjadikan mereka narasumber talkshow di radio, dan diundang dalam dialog-dialog dengan penyelenggara layanan. Ada dua orang anggota DPRD yang setia membangun komunikasi dengan CRC.

⁵⁶ Pengawasan DPRD Terhadap Pelayanan Publik, Seri Penguatan Legislatif, LGSP USAID, 2009.

Keberadaan dua anggota DPRD tersebut di wilayah yang sama dengan lokasi CRC menjadi aset berharga untuk menyalurkan persoalan pelayanan publik. UU Pelayanan Publik pasal 35, ayat 3c menyebutkan bahwa DPR/DPRD provinsi dan kabupaten/kota menjadi bagian dari mekanisme pengawasan eksternal dalam penyelenggaraan pelayanan publik. CRC telah memanfaatkan keberadaan anggota DPRD tersebut untuk mediasi persoalan pungutan pada saat penerimaan siswa baru. Juga menjadi saluran pengaduan yang cukup efektif untuk persoalan mendesak di lingkungan CRC. Misalnya koordinator CRC Ninda Laka haungu di Kambajawa melaporkan soal genangan dan demam berdarah di wilayahnya kepada anggota DPRD yang dapilnya di wilayah itu. Persoalan ini segera direspon oleh unit layanan dengan mengeringkan genangan, membagikan abate dan kelambu, serta penyemprotan (fogging).⁵⁷ Contoh lain dilakukan oleh Pak Wiliams dan pengurus RW 02 Kelurahan Matawai menghadap langsung ke kantor DPRD untuk melapor tentang air yang tidak mengalir selama berbulan-bulan macet. Bahkan CRC selalu mengirimkan tembusan surat permintaan dialog dengan unit layanan kepada DPRD.

Model relasi yang dibangun oleh CRC dengan anggota DPRD dari dapilnya dapat menjadi usulan model fungsi pengawasan DPRD. Model ini juga dapat menjadi usulan mekanisme pengawasan eksternal oleh DPRD dalam penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan mandat UU Pelayanan Publik yang saat ini memang tidak ada skemanya.

5.2 Upaya Keberlanjutan

Pendampingan dan berelasi dengan banyak pihak, termasuk lembaga dan jaringan di tingkat provinsi dan nasional seperti Yayasan Alfa Omega (YAO), Indonesia Corruption Watch (ICW), Koalisi Perempuan Indonesia (KPI), Masyarakat Peduli

⁵⁷ Wawancara dengan Amos Kulandima, anggota DPRD Kabupaten Sumba Timur, 16 Maret 2012; wawancara dengan Ferdinan Mahat dan Frederika Nday Ngana, CRC Ninda Lakahaungu, 14 Maret 2012.

Pelayanan Publik (MP3) memberikan banyak inspirasi bagi pengurus CRC. Salah satunya adalah membentuk wadah bernama Forum CRC yang berfungsi sebagai media komunikasi untuk berbagi persoalan, pengalaman dan pembelajaran. Yanti Yakob terpilih sebagai koordinator Forum CRC. Langkah maju Forum CRC ini adalah membuat kesepakatan prinsip kerja, seperti siapa yang berhak mengundang rapat, pertemuan rutin antar CRC setiap bulan dalam bentuk arisan untuk menjaga keeratan relasi dan komunikasi.

Menjelang berakhirnya dukungan Program ACCESS Fase II kepada Stimulant Institute pada Februari 2012, isu kemandirian disampaikan kepada seluruh CRC. Meskipun lembaga ini tetap akan mendukung kerja-kerja CRC, tetapi CRC mulai menggagas untuk melakukan advokasi tanpa kantong kosong. Semenjak terbentuk Forum CRC, agenda kemandirian mulai dikembangkan. Di antaranya membuat pupuk organik “bokasi” dari sampah pasar dan arisan untuk menjaga ikatan sosial di antara mereka. Kegiatan untuk kemandirian ini juga dimanfaatkan untuk mempromosikan CRC ke berbagai pihak. Melalui kegiatan kemandirian ini sebenarnya justru gagasan membangun pusat sumber daya warga mulai terlihat bentuknya. Jika sebelumnya masih lebih banyak mengembangkannya sebagai pusat pengaduan.

Pada saat agenda kemandirian dijalankan, sebenarnya kapasitas internal CRC masih perlu diperkuat. Menurut Wenda, “Mereka baru storming tetapi sudah melompat langsung untuk advokasi.” Serupa dengan pernyataan tersebut, Yanti juga mengungkapkan CRC masih membutuhkan penguatan internal, seperti ketrampilan advokasi dan manajemen internal organisasi, termasuk penguatan peran dan tanggung jawab pengurus.

Hal lain yang potensial untuk keberlanjutan pusat sumber daya warga ini adalah adanya indikasi keberhasilan melakukan revitalisasi peran RT dalam pelayanan publik. Menurut Mama Etha, “Sebagai Ketua RT Saya biasa menerima keluhan dan pengaduan warga. Sebelumnya jika menerima pengaduan, Saya akan

melaporkannya kepada Lurah dan merasa sudah tuntas tanggung jawab Saya. Setelah menjadi pengurus CRC, Saya merasa tidak cukup hanya melanjutkan pengaduan warga kepada Lurah. Saya bersama dengan CRC harus menyampaikan pengaduan ini kepada pemberi layanan untuk mendapatkan solusi.”⁵⁸ Jika semangat ini terus berkembang maka gerakan perbaikan pelayanan publik ini akan terlembagakan pada warga dalam lingkup RT.

VI. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Kesimpulan

- Penyadaran kritis kepada warga tentang kondisi pelayanan publik yang dialaminya dan jaminan kebijakan untuk hak pelayanan publik menjadi pemicu pelembagaan partisipasi dalam CRC/pusat sumber daya warga.
- Upaya peningkatan kapasitas kepada CRC yang dilakukan oleh Stimulant Institute & ICW, terkait riset aksi dan advokasi, pentingnya data, pengemasan isu, berhasil mendorong warga untuk melakukan sendiri advokasi hak-hak dasar pelayanan publik.
- Pengembangan media-media kritis dan edukatif (spanduk, baliho, film) cukup efektif untuk membangun argumen advokasi.
- Pilihan penggunaan media visual berbentuk proshow dan film pendek untuk kampanye dan advokasi sangat tepat dan efektif mempengaruhi warga maupun penyelenggara layanan.
- Pemanfaatan radio efektif untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi warga untuk memantau pelayanan publik.
- Pelibatan kelompok pemuda dalam advokasi CRC potensial menjadi sistem pendukung CRC untuk riset dan mengembangkan strategi advokasi.

⁵⁸ Wawancara dengan Margareta Zene, Sekretaris CRC Titu Hari Kelurahan Prailiu, 22 Maret 2012.

- Relasi CRC dengan anggota DPRD berpotensi menjadi model konstituensi dan fungsi pengawasan DPRD.
- Isu berakhirnya program (sole) memicu CRC untuk memulai kemandiriannya dengan membangun Forum CRC dan mekanismenya (pertemuan, arisan), serta mencoba membuat usaha produktif (pupuk organik). Hal ini justru menjadikan CRC menjalankan jati dirinya sebagai pusat sumber daya warga.
- Kiprah CRC memunculkan demand dari pihak lain: Dinas Dispendukcapil dan Kelurahan Kambajawa minta untuk monitoring layanannya, warga minta dibentuk CRC di wilayah mereka (ada 2 CRC baru).

6.2 Rekomendasi

- Peningkatan kapasitas lanjutan bagi CRC dalam hal advokasi kebijakan (termasuk analisis anggaran), tata kelola organisasi, ketrampilan monitoring.
- Memperkuat relasi supply-demand antara CRC dengan DPRD terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik.
- CRC dapat direplikasi sebagai salah satu bentuk organisasi warga, tanpa membuat organisasi baru, dengan mengaktifkan peran RT/RW dalam pelayanan publik.



PRAKTIK BAIK JEJARING DESA SIAGA DI KABUPATEN KUPANG

Oleh:

Febri Hendri dan Patje Wan A Saubakhi

I. PROFIL KABUPATEN KUPANG

Kabupaten Kupang merupakan salah satu kabupaten yang terdapat di provinsi NTT. Kabupaten ini terletak pada ujung selatan pulau Timor atau tepatnya pada posisi $121^{\circ}.30'$ BT– $124^{\circ}.11'$ BT dan $9^{\circ}.19'$ LS– $10^{\circ}.57'$ LS. Kabupaten ini berbatasan dengan Kabupaten TTS (Timor Tengah Selatan) di sebelah Timur, berbatasan dengan Kabupaten Rote Ndao dan Laut Sawu di sebelah Barat, berbatasan juga dengan Laut Sawu dan Selat Ombai di sebelah Utara, dan terakhir berbatasan dengan Samudra Hindia di sebelah Selatan.

Berdasarkan sensus penduduk tahun 2010, Kabupaten Kupang memiliki penduduk 303.998 orang yang terdiri dari penduduk perempuan dan laki-laki masing-masing sebanyak 148.190 orang dan 155.808 orang. Sedangkan, laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Kupang dalam 10 tahun terakhir (2000-2010) ditaksir

mencapai 2,42 persen¹. Laju pertumbuhan penduduk per kecamatan yang tertinggi terjadi pada kecamatan Kupang Tengah dan Kupang Timur yaitu sebesar 5,78 persen per tahun, sedangkan yang terendah adalah Kecamatan Fatuleu Tengah yaitu sebesar 0,22 persen per tahun.

Saat ini Kabupaten Kupang dipimpin oleh Drs. Ayub Titu Eki, MS. PhD, yang memiliki visi “*Menjadi salah satu kabupaten unggulan tahun 2015 dalam Pembangunan Komunitas Penduduk di Kawasan Indonesia Timur*”. Guna mewujudkan visi tersebut, Ayub Titu Eki telah menetapkan misi antara lain:

- Mengembangkan usaha produktif untuk meningkatkan pendapatan keluarga.
- Memperluas jangkauan dan meningkatkan mutu pendidikan.
- Memperluas layanan kesehatan dan mengembangkan upaya hidup sehat.
- Menegakkan supremasi hukum dan HAM serta meningkatkan HANKAM penduduk.
- Mengembangkan budaya politik dan sistem pemerintahan daerah yang berorientasi pada kepentingan rakyat.
- Merekonstruksi sistem sosial kemasyarakatan berdasarkan nilai-nilai moral yang bermartabat bagi kemanusiaan dalam era global.
- Mengembangkan tata ruang lingkungan geografi bagi kelancaran dan kelanjutan pembangunan.

Ibu kota Kabupaten Kupang berlokasi di Oelmasi mulai 22 Oktober 2010, setelah sebelumnya berlokasi di Kota Kupang sejak tahun 1958. Saat ini Kabupaten Kupang memiliki 24 kecamatan, 18 kelurahan, dan 154 desa.

¹ BPS Kabupaten Kupang 2010

II. PELAYANAN KESEHATAN KABUPATEN KUPANG DI BAWAH STANDAR WHO

Untuk mencapai visi dan misi tersebut Kabupaten Kupang memiliki sarana pelayanan kesehatan yang tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Kupang. Pada tahun 2010 Kabupaten Kupang memiliki 897 sarana pelayanan kesehatan yang terdiri dari 1 RSU (Rumah Sakit Umum), 11 puskesmas perawatan, 12 puskesmas non perawatan, 23 puskesmas keliling, 148 puskesmas pembantu, 3 balai pengobatan/klinik, 10 praktik dokter perorangan, 13 polindes, 675 posyandu, dan 1 GFK (Gudang Farmasi Kabupaten). Sebagian besar sarana pelayanan kesehatan tersebut dimiliki oleh pemerintah kabupaten. Sebagian lagi dimiliki oleh swasta dan perseorangan.

Sementara itu, untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan Kabupaten Kupang juga memiliki tenaga kesehatan medis dan non medis. Tahun 2010 Kabupaten Kupang memiliki 52 tenaga medis yang terdiri dari 38 dokter umum dan 14 dokter gigi. Sebagian besar dokter tersebut tersebar di berbagai puskesmas kecamatan seluruh wilayah Kupang. Dokter umum terbanyak berada di RSU Naibonat yang mencapai 10 orang dokter umum dan 1 orang dokter gigi. Sisanya berada di puskesmas kecamatan Kabupaten Kupang.

Selain tenaga medis, kabupaten juga memiliki tenaga kesehatan seperti tenaga kefarmasian (31 orang), tenaga gizi (14 orang), tenaga keperawatan (195 bidan dan 197 perawat), tenaga kesehatan masyarakat (10 orang), tenaga sanitasi (35 orang) dan teknisi medis (12 orang).

Perbandingan rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk

Meskipun memiliki sarana dan tenaga kesehatan, akan tetapi jika dibandingkan dengan jumlah penduduk maka rasio tenaga kesehatan per jumlah penduduk masih di bawah standar WHO. Perhitungan jumlah tiap-tiap tenaga kesehatan per 100 ribu penduduk menunjukkan hal ini.

Pada tahun 2010 rasio dokter umum Kabupaten Kupang per 100 ribu penduduk adalah sebesar 12,5 sementara rasio standar WHO adalah 40. Angka ini menunjukkan bahwa Kabupaten Kupang masih kekurangan dokter untuk memenuhi pelayanan medis penduduknya. Begitu juga pada rasio per 100 ribu penduduk untuk tenaga kesehatan lainnya seperti dokter gigi, tenaga gizi, bidan, perawat, tenaga kesehatan masyarakat dan tenaga sanitasi yang berada di bawah standar WHO. Hanya rasio tenaga farmasi yang melebihi standar WHO, yakni sebesar 10,2 sementara WHO menetapkan bahwa sebuah daerah memiliki tenaga farmasi sebanyak 10 orang per 100 ribu penduduk.

Jadi, Kabupaten Kupang masih kekurangan berbagai tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan warga. Selain faktor tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan juga masih terkendala dengan akses warga terhadap fasilitas kesehatan. Di berbagai wilayah Kabupaten Kupang masih ditemukan adanya warga yang harus menempuh jalan puluhan kilo meter serta dengan kondisi kurang baik untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.

Rasio Tenaga Kesehatan Kabupaten Kupang dan Perbandingannya dengan Standar Rasio Tenaga Kesehatan Menurut WHO dan Indonesia Sehat, 2010

Tenaga Kesehatan	Jumlah	Rasio per 100 ribu penduduk	Rasio Standar WHO per 100 ribu penduduk
Dokter Spesialis	0	0.0	6.0
Dokter Umum	38	12.5	40.0
Dokter Gigi	14	4.6	11.0
Tenaga Farmasi	31	10.2	10.0
Tenaga Gizi	14	4.6	22.0
Tenaga Teknisi Medis	12	3.9	
Bidan	195	64.0	100.0
Perawat	197	64.7	117.5
Tenaga Kesehatan Masyarakat	10	3.3	40.0
Tenaga Sanitasi	35	11.5	40.0

Sumber: Diolah dari Profil Kesehatan Kabupaten Kupang 2010, Dinas Kesehatan.

III. PROSES PEMBENTUKAN DAN PELEMBAGAAN JEJARING DESA SIAGA

Minggu pagi tanggal 01 Januari 2012 merupakan saat penting dan darurat bagi ibu hamil Martiana dan keluarga. Bagaimana tidak, pagi itu Martiana dalam kondisi siap melahirkan. Martiana dan keluarga berharap agar proses persalinan dilakukan di Puskesmas Oemasi yang berjarak kurang lebih 4 km dari rumahnya. Mereka meyakini persalinan di puskesmas akan jauh lebih baik dan dapat mengurangi berbagai resiko melahirkan dibandingkan dengan melahirkan di rumah sendiri. Keinginan mereka juga sejalan dengan komitmen dan kebijakan pemerintah kecamatan, pemerintah desa dan Puskesmas Oemasi yang mewajibkan seluruh ibu hamil untuk bersalin di fasilitas kesehatan terutama Puskesmas Oemasi.

Akan tetapi, keluarga tidak memiliki mobil yang akan membawa Martiana ke Puskesmas Oemasi. Sementara itu, sebagian warga desa juga sedang sibuk mempersiapkan diri beribadah ke gereja. Akhirnya, pihak keluarga menghubungi kader jejaring desa siaga dan bidan desa guna memberitahukan bahwa Martiana membutuhkan alat transportasi yang dapat membawa Martiana ke puskesmas. Menanggapi informasi ini, kader jejaring desa siaga terutama jejaring transportasi segera menyiapkan mobil ambulans desa² dan menjemput serta mengantarkan Martiana ke puskesmas. Hanya saja, dalam waktu kurang lebih 30 menit, Martiana sudah sampai di puskesmas dan melahirkan bayinya dua jam sesudahnya.

Demikianlah salah satu potret manfaat jejaring transportasi desa siaga yang telah dirasakan oleh warga di Desa Oelomin Kecamatan Nekamese, Kabupaten Kupang. Jejaring ini merupakan satu dari beberapa jejaring desa siaga lain yang bertugas menyiapkan sarana transportasi penjemputan ibu hamil dari rumah dan kemudian mengantarkan ke berbagai fasilitas kesehatan terutama

² Ambulans desa merupakan mobil pribadi warga yang berfungsi menjemput ibu hamil ke rumahnya dan kemudian mengantarkan ke puskesmas.

³ Hasil

puskesmas. Jejaring juga bertanggung jawab untuk menyiapkan dan memastikan ambulans desa selalu berada di Desa Oelomin pada tanggal prediksi persalinan selama 24 jam setiap hari.

Sistem desa siaga di Desa Oelomin merupakan praktik menarik. Sistem ini berhasil memperkuat modal sosial antara warga, pemerintah dan masyarakat sipil untuk mendorong peningkatan derajat kesehatan warga terutama ibu hamil, bayi dan anak di Desa Oelomin. Sistem jejaring desa siaga Desa Oelomin yang didorong oleh seluruh pemangku kepentingan di tingkat desa dan kecamatan ini dapat dinilai sebagai sebuah praktik baik dalam pelayanan publik terutama pelayanan kesehatan. Hal ini didasarkan pada pemenuhan definisi dan indikator praktik baik yang telah disusun oleh tim peneliti Studi *Stock Taking*, MP3 (Masyarakat Pemantau Pelayanan Publik).

Namun demikian, jejaring desa siaga di Desa Oelomin bukan satu-satunya praktik baik pelayanan publik yang berhasil didorong di Kabupaten Kupang. Berbagai praktik baik pelayanan publik lainnya juga berhasil dibangun di berbagai sektor dan wilayah Kabupaten Kupang dan terbukti berhasil mendorong perubahan di tingkat warga dan penyelenggara pelayanan publik. Contoh, pembentukan Forum Pemantau Pelayanan (FP3) yang didorong oleh PIAR beserta warga di beberapa desa juga merupakan praktik baik dalam pelayanan publik. Praktik baik ini telah menjadi harapan baru bagi warga yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan serta memotivasi penyelenggara pelayan publik untuk memberikan pelayanan paripurna.

Namun demikian karena berbagai keterbatasan maka tidak semua praktik baik pelayanan publik Kabupaten Kupang ini akan diteliti. Tim peneliti *Study Stock taking* MP3-Kupang memfokuskan penelitian pada praktik baik (Jejaring Desa Siaga) di Oelomin. Tim peneliti menilai bahwa jejaring desa siaga desa Oelomin memiliki aspek menarik untuk dicermati dan direplikasi di daerah lain terutama pemenuhan tiga indikator utama praktik baik yakni, inisiatif, proses dan hasil.

3.1 Inisiatif INCREASE dan Warga Mendorong Berjalannya Jejaring Desa Siaga

Jejaring desa siaga merupakan sebuah bentuk respon sistematis dan terorganisir warga atas masalah kesehatan Desa Oelomin. Sebagaimana diketahui bahwa warga desa seringkali menghadapi berbagai masalah kesehatan terutama terkait dengan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu *nifas*, menyusui, bayi dan balita. Desa Oelomin masih memiliki kasus kematian bayi, kematian ibu melahirkan dan ibu *nifas*, kasus pendarahan, gizi buruk, warga hamil di usia sangat muda dan masalah lainnya sebelum terbentuknya sistem jejaring desa siaga³.

Selain kesehatan, desa Oelomin juga menghadapi masalah lain berupa rendahnya sosialisasi dan kinerja BPD (Badan Pemusyawaratan Desa), rasio WC/sanitasi dengan KK (Kepala Keluarga) yang belum berimbang, serta munculnya penyakit gatal-gatal karena kurangnya pengetahuan perilaku hidup bersih dan sehat. Ibu menyusui kurang memprioritaskan pemberian ASI pada bayi. Sementara itu, warga laki-laki juga kurang aktif mendukung upaya kesehatan di posyandu, kakek-nenek dan pemuda kurang terlibat dalam pertemuan desa yang membahas masalah kesehatan desa. Begitu juga dengan, tokoh agama dan masyarakat, serta pemerintah desa kurang memberi perhatian terhadap masalah kesehatan desa. Sedangkan bidan juga telah memberikan perhatian pada ibu hamil, terkadang dinilai masih kurang oleh warga Desa Oelomin.

Begitu juga dari sisi perilaku hidup sehat warga Desa Oelomin kesadaran akan pentingnya lingkungan bersih yang mendukung kesehatan juga masih rendah. Contoh, kebiasaan warga yang mendahulukan memotong bahan masakan dari pada mencuci sebelum dimasak. Seharusnya warga mencuci terlebih dulu karena gizi yang terkandung dalam bahan makanan akan semakin berkurang karena dicuci setelah dipotong. Kondisi ini mendorong warga untuk segera menyadari berbagai masalah kesehatan serta

³ Ilokakarya SMD (Survey Mawas Diri) Desa Oelomin.

perilaku hidup sehat warga desa. Mereka bertekad untuk mengubah keadaan dan ingin ada perubahan status kesehatan dan perilaku warga Desa Oelomin.

Pada saat yang sama, INCREASE⁴ dengan dukungan program ACCESS Tahap II sedang menjalankan program desa sehat berbasis komunitas di Desa Oelomin. Program ini bertujuan untuk menggalang semua potensi dan kekuatan yang terdapat di desa untuk membangun sebuah sistem yang akan menghadapi masalah kesehatan. Dengan kondisi ini tekad warga semakin kuat, apalagi pemerintah desa terutama kepala desa, kader pos pelayanan terpadu (posyandu), poliklinik desa (polindes), puskesmas pembantu (pustu) dan bahkan kepala pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) juga mendukung program ini. Kepala puskesmas dan jajarannya juga melihat bahwa jejaring desa siaga akan membantu kerja pelayanan kesehatan yang mereka berikan pada warga Desa Oelomin.

Praktik baik jejaring desa siaga sebenarnya merupakan program pemerintah pusat untuk percepatan pencapaian visi Indonesia Sehat 2010⁵. Desa siaga merupakan basis desa sehat yang akan menjadi komponen penting dari Indonesia Sehat 2010. Meski telah digulirkan sejak Agustus 2006 implementasi desa siaga ternyata tidak sesiaga yang diharapkan. Program desa siaga masih belum banyak diimplementasikan karena rendahnya komitmen pemerintah pusat dan daerah untuk mewujudkannya. Desa siaga merupakan program promotif kesehatan yang mendapatkan prioritas cukup rendah dalam berbagai kebijakan dan anggaran kesehatan pemerintah pusat dan daerah. Padahal jika pemerintah dan partai politik jeli dan seksama melihat lebih dalam jejaring desa siaga ini, mereka akan menemukan “mutiara dalam lumpur”.

⁴ INCREASE Organisasi Non Pemerintah yang bergerak pada pemberdayaan warga berbasis komunitas dan volunteerime

⁵ Permenkes No. 564 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga

Lemahnya perhatian pemerintah pada upaya kesehatan berbasis komunitas ini telah mendorong INCREASE untuk mengkampanyekan dan mendorong pembentukan jejaring desa siaga di NTT. Tahun 2007, Increase sudah mulai melakukan training SMD (Survey Mawas Diri (SMD) dengan pendekatan PLA (*Participatory, Learning and Action*) di Kabupaten Belu, Kabupaten TTS (Timor Tengah Selatan), Kabupaten TTU (Timor Tengah Utara). Training ini merupakan kerja sama INCREASE dengan GTZ-Siskes. INCREASE juga diminta untuk memfasilitasi training di Kabupaten Kupang, Kota Kupang, dan Rote Ndao melalui program Pengembangan Desa Siaga “Kesehatan Ibu dan Anak Berbasis Masyarakat” merupakan kerja sama Pemprov NTT dengan GTZ-Siskes. Selain itu, INCREASE juga melakukan pendampingan di lima kecamatan di Kabupaten Kupang. Tahun 2010 sampai tahun 2012, INCREASE didukung ACCESS melatih dan mendampingi 10 desa di dua kecamatan (Amarasi dan Nekamese) Kabupaten Kupang.

Inisiatif warga membangun dan menjalankan desa siaga ini juga sejalan dengan upaya Puskesmas Oemasi⁶ merevitalisasi pelayanan puskesmas terutama pelayanan persalinan ibu hamil. Pada Bulan Agustus 2009, Puskesmas Oemasi mengubah sebuah ruangan pertemuan menjadi ruangan klinik bersalin bagi ibu-ibu hamil di Kecamatan Nekamese. Tidak hanya itu, Kepala Puskesmas Oemasi, Ibu MD. Angela Amd. Keb, sebelumnya juga telah mengubah jadwal kerja bidan dan petugas kesehatan lainnya. Bidan-bidan di kecamatan Nekamese diminta untuk piket bergiliran selama 24 jam guna melayani persalinan ibu-ibu hamil dari desa sekecamatan Nekamese.

Selain merevitalisasi pelayanan persalinan, kepala Puskesmas Oemasi juga aktif mempengaruhi camat dan seluruh kepala desa Kecamatan Oemasi untuk mewajibkan warganya terutama ibu hamil agar melakukan proses persalinan di Puskesmas Oemasi.

⁶ Puskesmas Oemasi adalah puskesmas kecamatan Nekamese. Diberi nama Oemasi karena berada didesa Oemasi kecamatan Nekamese.

Kepala Puskesmas juga mengakui bahwa ada perubahan proses persalinan yang terjadi pada warga Desa Oelomin sejak 2011. Angka persalinan warga Desa Oelomin di puskesmas termasuk cukup rendah dibandingkan dengan desa lain. Akan tetapi, sejak 2011 angka tersebut meningkat tajam dan telah menempatkan Desa Oelomin sebagai desa paling banyak melakukan persalinan di Puskesmas Oemasi⁷.

Jadi, jejaring desa siaga Desa Oelomin merupakan inisiatif tiga komponen yakni, warga desa, pemerintah lokal (pemerintah desa, pemerintah kecamatan, dan puskesmas) dan pemangku kepentingan kesehatan Desa Oelomin. Inisiatif ini muncul karena adanya banyaknya masalah kesehatan yang dihadapi oleh warga Desa Oelomin. Selain itu, keberadaan Permenkes No. 564 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga serta refleksi dan pembelajaran atas training dan pengalaman membangun desa siaga di berbagai daerah di NTT telah memicu INCREASE menerapkan sistem desa siaga di Desa Oelomin Kecamatan Nekamese, Kabupaten Kupang.

3.2 Proses Membangun Jejaring Desa Siaga

INCREASE menggunakan prinsip pemberdayaan dan pembelajaran reflektif dalam membangun jejaring desa siaga di Oelomin dan desa lainnya. Sebelum mengajak warga Desa Oelomin menjalankan desa siaga maka INCREASE terlebih dahulu menempatkan stafnya tinggal bersama warga Desa Oelomin. Staf INCREASE membangun hubungan dan kepercayaan dengan kepala desa dan perangkatnya, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh perempuan, kader posyandu, dan warga desa lainnya.

Proses pendekatan ini bisa berlangsung selama 20 hari. Proses ini dinamakan sebagai tahap membangun hubungan antara staf INCREASE dengan warga desa serta perangkat desa lainnya. Terakhir staf INCREASE juga mengidentifikasi kandidat dan

⁷ Berdasarkan wawancara dengan Kepala Puskesmas Oemasi tanggal 24 Maret 2012 di Puskesmas Oemasi.

merekrut fasilitator desa. Dua fasilitator ini akan menjalankan fungsi pencarian data sekunder Desa Oelomin. Dua fasilitator telah mengumpulkan data dan informasi dari Pustu (Puskesmas Pembantu) dengan narasumber bidan desa dan di kantor desa dengan narasumber kepala desa, sekretaris desa dan 3 orang Kaur (Kepala Urusan).

Dua fasilitator yang direkrut adalah Erna Tafuli dan Yohanis Toy. Erna Tafuli adalah seorang ibu rumah tangga sedangkan Yohanis Toy merupakan tukang kayu sekaligus kepala dusun II Desa Oelomin.

3.2.1 Proses Pembentukan Jejaring Desa Siaga

Secara umum, tahapan pembentukan desa siaga terutama di Desa Oelomin sebagai berikut :

- 1) Sosialisasi desa sehat berbasis warga sekaligus memilih dua fasilitator desa
 - 2) Pemilihan tim 10
 - 3) Pelatihan SMD (Survey Mawas Diri) dengan pendekatan PLA
 - 4) Menjalankan SMD di masing-masing dusun
 - 5) Lokakarya hasil SMD di tingkat desa
 - 6) Pelatihan pengorganisasian sistem jejaring desa siaga
 - 7) Pengorganisasian tingkat dusun
 - 8) Lokakarya pengorganisasian
- 1) Sosialisasi Desa Sehat Berbasis Komunitas

Sosialisasi Desa Sehat Berbasis Komunitas dilakukan pada tanggal 28 Agustus 2010 di Kantor Desa Oelomin. Kegiatan ini bertujuan untuk mengenalkan konsep desa siaga pada warga desa. Dalam sosialisasi ini fasilitator INCREASE, Berti Soli Dima Malingara dan Olvita Thedeens, menyampaikan informasi tentang INCREASE. Selain itu, mereka juga menyampaikan

konsep desa siaga, sistem jejaring, mekanisme kerja, dan bagaimana partisipasi masyarakat dalam pengelolaan desa siaga.

Sosialisasi juga menyampaikan informasi terkait dengan kesehatan lain seperti kebijakan kesehatan pemerintah pusat, provinsi dan daerah juga dapat disampaikan dalam sosialisasi ini. Kepala Puskesmas Oemasi juga ikut terlibat sosialisasi dengan menyampaikan program Pemprov NTT, yakni Revolusi KIA.

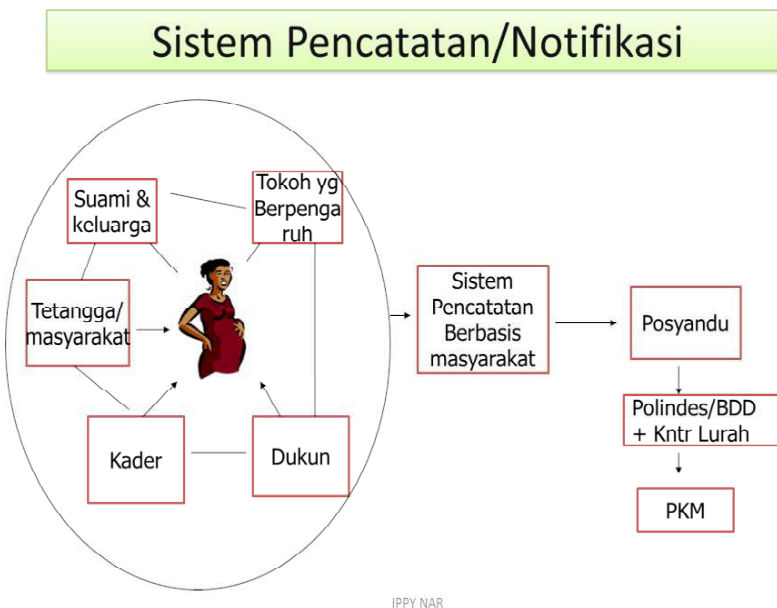
Desa siaga merupakan adalah konsep upaya kesehatan menarik karena bertumpu pada kekuatan warga dan komunitas. Berdasarkan Permenkes No. 564 Tahun 2006, Desa Siaga didefinisikan sebagai desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa siaga bertujuan untuk mewujudkan desa yang sehat, serta peduli dan tanggap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Secara khusus desa siaga bertujuan untuk, *Pertama*, meningkatkannya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan; *Kedua*, meningkatkannya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan (bencana, wabah, kegawatdaruratan, dan sebagainya); *Ketiga*, meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup dan sehat; *Keempat*, meningkatnya kesehatan lingkungan desa; dan *Kelima* meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

Dalam praktiknya, jejaring desa siaga memiliki kelompok warga terorganisir menjalankan fungsi-fungsi tersebut. Jejaring desa siaga terdiri dari jejaring inti dan jejaring di tingkat dusun. Jejaring inti terdapat di tingkat desa terdiri dari Ketua, Sekretaris, Bendahara, dan enam Koordinator Jejaring. Enam koordinator mengkoordinasi enam jejaring yakni, jejaring notifikasi (pendataan), jejaring transportasi, jejaring donor darah, jejaring dana, jejaring KB dan Kespro (Kesehatan Reproduksi), jejaring ASI

ekslusif dan gizi, jejaring donor darah, dan terakhir jejaring KB dan Kesehatan Reproduksi.

Tugas dan fungsi masing-masing jejaring desa siaga adalah sebagai berikut⁸ :

- Jejaring pencatatan atau notifikasi



Bertugas melakukan pendataan ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu nifas, bayi dan balita. Jejaring ini juga melakukan pertemuan rutin setiap bulan untuk koordinasi dan kerja sama dengan jejaring lain serta pengurus inti. Selain itu, kader jejaring notifikasi memotivasi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke posyandu atau bidan desa. Kader jejaring notifikasi diharuskan membuat peta ibu hamil dan menyampaikan pada masyarakat sekitar serta memberitahunya pada jejaring lain sesuai peruntukannya. Lebih dari

⁸ Sumber *proceeding* sosialisasi desa sehat berbasis masyarakat dan pemilihan fasilitator desa siaga tanggal 28 Agustus 2010 di Desa Oelomin Kecamatan Nekamese.

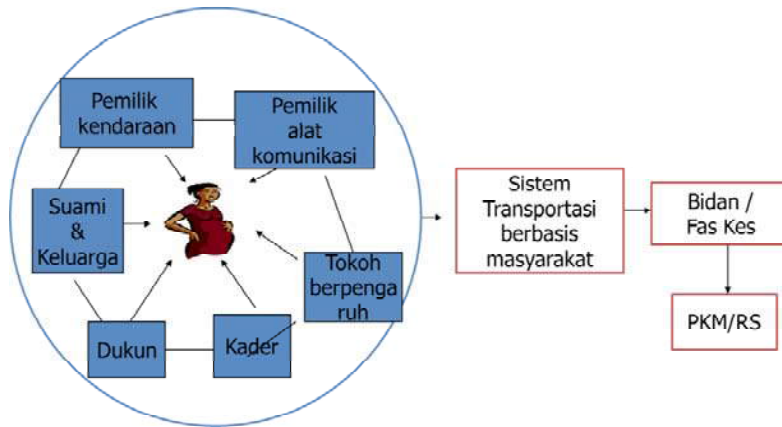
itu, jejaring pencatatan juga membantu pengurusan akta kelahiran bagi anak yang baru lahir, membantu mengisi amanat persalinan bagi ibu hamil, dan bahkan membantu pengurusan KTP bagi ibu hamil yang belum memilikinya.

Kekuatan jejaring desa siaga juga terletak pada jejaring notifikasi yang dapat menghasilkan data akurat terkait dengan kesehatan warga desa terutama ibu hamil, bayi dan balita. Asumsinya adalah informasi valid dan reliabel tentang perilaku sehat warga hanya dimiliki oleh warga atau tetangga mereka. Oleh karena itu, jika jejaring notifikasi melakukan pendataan berdasarkan pemantauan dan informasi yang diperoleh dari warga langsung dan ataupun tetangganya. Data ini akan dimanfaatkan untuk perencanaan dan pemantauan kesehatan di desa tersebut. Data ini juga bisa dimanfaatkan oleh pihak lain terutama pihak pustu, polindes, puskesmas dan pemerintah daerah dan pusat untuk menyusun kebijakan kesehatan yang pro rakyat.

- Jejaring Transportasi

Bertugas mendata para pemilik kendaraan/transportasi setempat /di luar desa (tetangga). Jejaring bersama warga membuat kesepakatan bersama dengan pemilik kendaraan tentang mekanisme penjemputan ibu hamil ke rumah dan kemudian mengantarkannya ke fasilitas kesehatan. Jejaring transportasi juga membuat kesepakatan harga atau tarif untuk transportasi tersebut. Selain itu, jejaring ini juga menyediakan sarana transportasi untuk tenaga kesehatan menuju pasien yang dibutuhkan. Terakhir, jejaring transportasi membuat kesepakatan jadwal tugas bagi pengurus jejaring.

SISTEM Transportasi- SIAGA



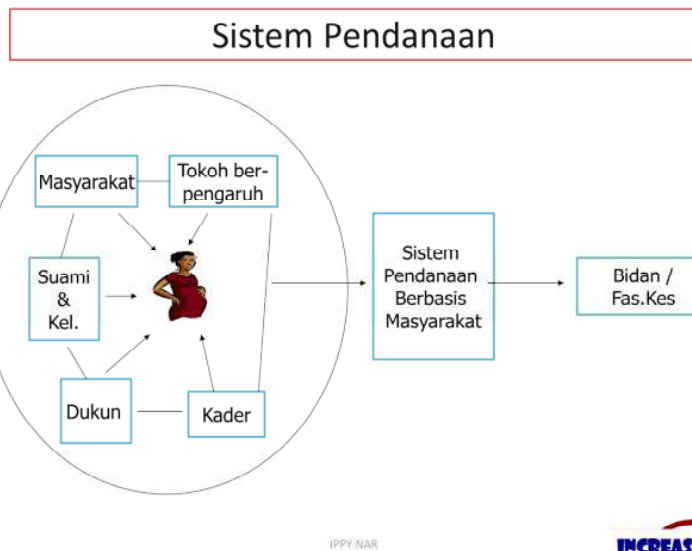
IPPY NAR

- Jejaring donor darah

Bertugas melakukan pendataan golongan darah seluruh warga desa termasuk ibu hamil. Informasi dan data golongan darah disimpan oleh jejaring ini. Jejaring ini juga mengidentifikasi warga desa mengidap suatu penyakit sehingga dilarang menyumbang darah pada warga lain. Informasi dan data golongan darah selanjutnya dapat digunakan sewaktu-waktu terutama ketika ada warga desa yang membutuhkan transfusi darah. Hal ini sering terjadi pada ibu bersalin yang mendadak membutuhkan darah. Dalam kondisi ini, jejaring desa siaga bersama dengan jejaring transportasi memobilisasi warga desa yang memiliki darah sesuai dengan yang dibutuhkan pasien atau ibu bersalin ke instansi terkait seperti PMI atau UTD di berbagai fasilitas kesehatan.

Jejaring ini juga berusaha memberikan motivasi pentingnya penyumbangan darah untuk ibu hamil ataupun ke sesama pada warga. Upaya penyuluhan ini dilakukan pada setiap pertemuan formal dan informal sesama warga desa. Jejaring ini juga bertugas mendatangkan tenaga medis, dan pemeriksaan golongan darah.

- Jejaring dana

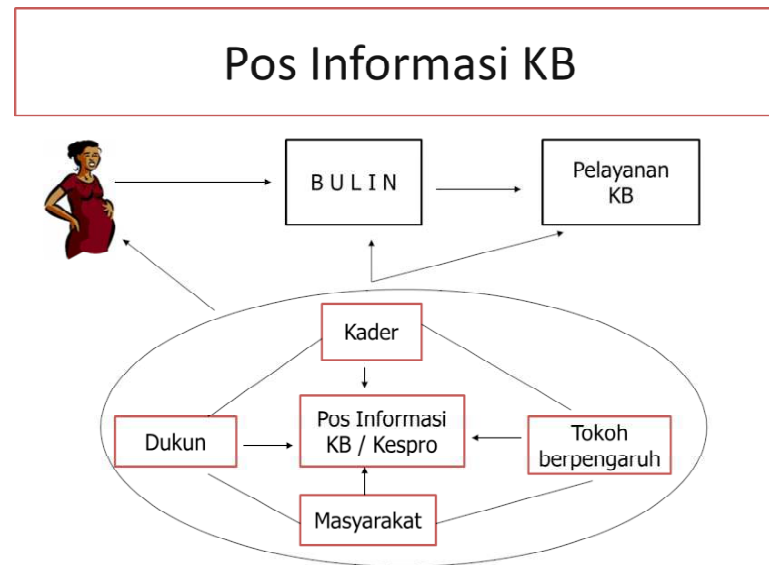


Bertugas untuk menggalang dana solidaritas sesama warga desa (Dasolin). Dasolin merupakan dana yang dikumpulkan untuk membiayai transportasi ibu hamil ke tempat persalinan atau transportasi lain terkait dengan persalinan ibu hamil tersebut. Selain itu, jejaring ini juga melakukan kampanye tabungan untuk ibu hamil atau Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin). Tabulin merupakan tabungan yang dilakukan ibu hamil sejak usia kandungan tiga bulan dan terus dikumpulkan setiap bulan. Tabungan ini dapat dimanfaatkan oleh ibu bersalin dan keluarganya untuk membeli keperluan bayi seperti popok, bedak, pakaian dan lain sebagainya. Gerakan penggalangan dana bersama melalui kegiatan produktif lainnya.

- Jejaring KB dan Kespro

Bertugas untuk melakukan kampanye tentang pentingnya KB pada warga desa terutama pada ibu hamil. Pendidikan Kespro bagi remaja juga merupakan tugas jejaring ini. Selain itu, kampanye dan mendidik pengenalan atas tanda-tanda resiko tinggi kehamilan

juga menjadi tugas jejaring ini. Terakhir jejaring ini bertugas untuk konseling PUS (Pasangan Usia Subur) yang ingin ber-KB, pendataan, atau pelaporan hasil kegiatan.



- Jejaring ASI (Air Susu Ibu) Eksklusif

Bertugas melakukan kampanye penyadaran tentang pentingnya ASI eksklusif, gizi seimbang sesuai PHBS. Jejaring ini juga mendorong gerakan cuci tangan sebelum pemberian ASI pada bayi dan sebelum makan. Gerakan penanaman sayur dan buah pada masing-masing keluarga, pelatihan dan pelaksanaan pemberian makanan tambahan serta kampanye pengolahan bahan makanan.

2) Pemilihan Tim Sepuluh

Tim Sepuluh merupakan fasilitator yang akan memfasilitasi dan mendampingi warga Desa Oelomin melakukan SMD di masing-masing dusun dan juga melaksanakan lokakarya hasil SMD. Tim ini dipilih fasilitator desa dan kepala desa yang difasilitasi oleh tim INCREASE. Pemilihan akhirnya mendapatkan tim sepuluh dengan komposisi dua orang fasilitator desa,

kepala desa, satu perwakilan BPD, satu orang bidan, satu orang tokoh agama, tiga orang kader posyandu, dan satu orang dari tim PKK Desa Oelomin. Berdasarkan jenis kelamin, terdapat 7 orang perempuan dan 3 orang laki-laki.

3) Pelatihan Teknik Fasilitasi SMD bagi Tim Sepuluh

Tujuan pelatihan ini adalah untuk mempersiapkan Tim Sepuluh untuk dapat memfasilitasi warga desa dalam SMD dengan pendekatan PLA. Training dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 25 sampai 27 November 2010 di kantor desa. Dalam training para tim sepuluh mendapatkan materi dan panduan pertanyaan seputar KIA. Dalam panduan pertanyaan ini, terdapat teknik pengumpulan informasi, teknik wawancara, teknik fasilitasi diskusi, teknik penyusunan kalender musim, penyusunan diagram kelembagaan, peta desa, peta mobilitas ibu hamil, dan teknik lainnya.

SMD versi INCREASE merupakan survei yang dilakukan oleh masyarakat untuk memotret diri sendiri, seperti keadaan sosial budaya, potensi sumber daya alam, sumber daya manusia, sarana prasarana yang ada dan masalah kesehatan yang ada di Desa Oelomin. Dengan cara pandang kekuatan akan membuat masyarakat bangga dengan keadaan mereka sendiri sehingga mampu menyelesaikan persoalan kesehatan yang ada di desa mereka dengan menggunakan kekuatan dan potensi yang ada. Oleh karena itu, fasilitator dapat menggali informasi sedalam-dalamnya semua informasi terkait desa karena narasumbernya adalah warga itu sendiri.

4) Pelaksanaan SMD Tingkat Dusun

SMD dilakukan pada mulai dari tanggal 01-04 Desember 2010 di empat dusun Desa Oelomin yang difasilitasi oleh Tim Sepuluh. Pada awal fasilitasi, Tim Sepuluh memberikan sosialisasi singkat tentang desa siaga seperti saat sosialisasi sebelumnya di kantor Desa Oelomin. Hal ini dilakukan karena sebagian peserta survei SMD di tingkat dusun tidak dapat hadir dalam sosialisasi di kantor Desa Oelomin sebelumnya.

Selama proses SMD, masyarakat sangat antusias dan sangat senang karena Tim Sepuluh mampu menggali kembali sejarah desa yang selama ini tidak pernah dibahas. Tim Sepuluh bersama warga juga menggali potensi-potensi yang ada di desa (Potensi SDA, SDM dan sarana prasarana), budaya-budaya atau kearifan lokal yang ada di desa, kebiasaan yang dilakukan oleh ibu hamil, ibu nifas, ibu dan cerita keberhasilan yang pernah mereka raih.

Masalah-masalah kesehatan yang terjadi di desa seperti kasus kematian bayi, kematian ibu bersalin maupun kasus pendarahan juga disampaikan oleh masyarakat dan diketahui oleh beberapa masyarakat yang belum tahu tentang masalah kesehatan yang ada di desa. Fasilitator desa juga tanggap terhadap hal-hal sensitif dan tabu dibicarakan di tingkat publik. Dengan kemampuannya, terutama pendekatan berbahasa daerah, para fasilitator mampu memancing keberanian peserta untuk menyampaikan masalah tersebut dalam diskusi SMD. Fasilitator desa selalu menekankan pada peserta bahwa mereka adalah narasumber atau pemilik informasi, karena mereka yang mengalami sendiri. Oleh karena itu, keterbukaan dan kejujuran informasi menentukan akurasi hasil SMD.

Kegiatan SMD di dusun dihadiri oleh Tim Sepuluh, pemerintah desa dan warga dusun. Rata-rata jumlah peserta 30-45 orang tiap dusun. Tim Sepuluh membagi tugas dalam proses SMD. Ada yang bertugas sebagai notulen, fasilitator, menjalankan daftar hadir, menyiapkan *flipchart* dan spidol.

Setelah melakukan SMD di empat dusun, tim sepuluh kemudian melakukan analisis atas data yang berhasil dikumpulkan tersebut. Tim Sepuluh juga menyusun persiapan untuk lokakarya guna membahas temuan SMD di tingkat desa. Analisis oleh Tim Sepuluh dilakukan selama satu hari di rumah salah seorang anggota Tim Sepuluh.

5) Lokakarya Hasil SMD di Tingkat Desa

Lokakarya ini bertujuan untuk menyampaikan hasil SMD yang telah dilakukan di empat dusun. Kegiatan lokakarya hasil SMD dilaksanakan pada tanggal 20 Januari 2011 di kantor Desa Oelomin. Lokakarya menyampaikan temuan-temuan warga atas masalah dan potensi kesehatan di empat dusun serta analisis oleh Tim Sepuluh. Kegiatan ini difasilitasi oleh fasilitator desa, Erna Tafuli dibantu oleh tim sepuluh serta didampingi staf lapangan INCREASE. Peserta lokakarya berjumlah 40 orang dengan komposisi 17 orang perempuan dan 23 orang laki-laki.

Temuan hasil SMD yang disampaikan dalam lokakarya ini adalah :

- i. Potensi desa yang memiliki berbagai infrastruktur pemerintahan, pendidikan agama, transportasi, komunikasi dan lainnya. Selain itu, desa juga memiliki SDM kesehatan seperti bidan, kader posyandu, perawat, dukun dan lainnya. Desa Oelomin juga memiliki potensi sumber daya alam seperti mata air, sumur gali, embung, sumur bor dan MCK. Selain itu, desa juga memiliki hasil pertanian, perkebunan dan peternakan serta memiliki lahan luas untuk perkebunan, sawah, pemukiman dan pekarangan.
- ii. Untuk pertama kalinya warga desa mengetahui dan membahas sejarah desa. Warga desa mengetahui kapan desa dibentuk, siapa kepala desa serta dinamika kepemimpinan desa.
- iii. Peta sosial Desa Oelomin yang mampu menggambarkan seluruh potensi sosial ekonomi desa secara lengkap sederhana dipahami warga desa.
- iv. Kalender musim per bulan yang menggambarkan fenomena alam dan kaitannya dengan pertanian. Tidak hanya terkait pertanian, kalender musim juga memetakan tradisi budaya Oelomin dan penyakit yang melanda manusia dan ternak.
- v. Analisis kelembagaan yang terdapat di Desa Oelomin. Dalam analisis kelembagaan dipetakan posisi masing-masing lembaga

yang ada, kedekatannya dengan warga serta manfaatnya. Dalam analisis kelembagaan juga diketahui susunan pengurus masing-masing lembaga tersebut.

- vi. Peta mobilitas ibu hamil. Peta ini penting untuk mengetahui pergerakan ibu terkait dengan kehamilan dan persalinannya. Tempat yang sering dituju oleh ibu hamil yang ada di desa mulai dari praktik dokter, Puskesmas Oemasi, Puskesmas Sikumana, Klinik St. Carolus Baromeus, RSUD Kupang, dukun, posyandu, ataupun polindes.

Selain pemaparan hasil SMD, lokakarya juga membuka kesempatan pada peserta untuk menyampaikan masalah kesehatan yang perlu menjadi perhatian warga Oelomin. Menurut peserta lokakarya yang perlu mendapat perhatian tersebut adalah⁹:

- a) Kematian 1 orang ibu nifas (ibu yang sudah melahirkan) di dusun 1 tahun 2009
- b) Kematian 2 orang bayi tahun 2009 dan 3 orang bayi tahun 2010
 - Tahun 2009 kematian bayi terjadi di dusun 1, yaitu bayi Ibu Silpa Lakat dan bayi Ibu Kause
 - Tahun 2010 kematian bayi terjadi di dusun 1, yaitu bayi Arjun Baitanu, Dusun II: bayi Yuri
 - Elisandra Toy, Dusun III, yaitu bayi Ibu Orlenci Boys
- c) Kasus pendarahan yang masih terjadi pada 3 orang ibu di tahun 2010 terjadi di dusun II yakni, Ibu Seger, Ibu Eny Bilaut dan Ibu Ruth Ado.
- d) Gizi kurang dan gizi buruk.
 - Gizi buruk, yaitu 5 di Dusun IV, 6 di Dusun II & III
 - Gizi kurang, yaitu 14 di Dusun IV 12 di Dusun II
- e) Harapan masyarakat di dusun adalah peran dan fungsi BPD di tingkat dusun perlu ditingkatkan

⁹ Sumber : *Proceeding* hasil lokakarya hasil SMD desa Oelomin, 20 Januari 2011.

Dalam lokakarya ini, disampaikan juga rumusan yang perlu menjadi perhatian dan perlu dicari solusi pemecahannya. Masalah tersebut antara lain ¹⁰:

1. Masih ada kasus kematian ibu nifas, bayi, pendarahan
2. Peran pemuda dan kaum bapak yang masih minim
3. Belum ada alokasi dana desa untuk kesehatan
4. Jamkesmas/askeskin terbatas
5. Pemahaman masyarakat tentang PHBS dan kespro kurang
6. Jumlah MCK tidak berimbang dengan jumlah KK
7. Masih ada penyakit gatal-gatal, batuk, pilek, yang terjadi sepanjang tahun
8. Pemanfaatan posyandu yang masih minim
9. Gizi kurang dan kurang gizi
10. Pemanfaatan kantor desa belum maksimal
11. Peran dan fungsi BPD belum maksimal
12. Pemeriksaan ibu hamil yang kurang.

Dalam lokakarya juga dicari berbagai kearifan lokal yang dapat digunakan sebagai dasar untuk membangun kebersamaan warga menghadapi masalah kesehatan yang terungkap dalam lokakarya. Beberapa kearifan lokal akhirnya banyak terungkap terutama yang terdapat dalam kosa kata sehari-hari warga seperti yang telah disampaikan sebelumnya.

Selain menggali kearifan lokal, lokakarya juga berusaha menggali cerita sukses yang telah diraih Desa Oelomin. Cerita sukses tersebut terutama terkait dengan menang berbagai lomba di tingkat kecamatan atau kabupaten. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan kepercayaan diri dan mendorong energi positif warga desa untuk menyelesaikan masalah desa. Untuk mencari penyelesaian masalah maka peserta lokakarya dibagi dalam empat kelompok. Masing-masing kelompok membahas isu bersama yang

¹⁰ Sumber : *Proceeding* hasil lokakarya hasil SMD desa Oelomin, 20 Januari 2011

telah ditetapkan sebelumnya serta mencari solusinya. Adapun pembagian empat kelompok tersebut adalah :

Kelompok 1 mendiskusikan tentang :

- Masih ada kasus kematian ibu nifas dan pendarahan
- Kurangnya peran pemuda dan kaum bapak
- Tidak ada alokasi dana desa untuk sektor kesehatan

Kelompok 2 mendiskusikan tentang:

- Terbatasnya kepemilikan Jamkesmas bagi masyarakat
- Pemahaman masyarakat tentang PHBS dan kespro kurang
- MCK tidak berimbang dengan jumlah kepala keluarga

Kelompok 3 mendiskusikan tentang:

- Masih ada penyakit gatal-gatal, batuk, pilek, yang terjadi sepanjang tahun
- Pemanfaatan Posyandu minim
- Gizi kurang dan gizi buruk

Kelompok 4 mendiskusikan tentang :

- Pemanfaatan kantor desa belum maksimal
- Peran dan fungsi BPD belum optimal
- Pemeriksaan ibu hamil yang kurang

Selama lokakarya, warga desa merasakan suasana baru. Belum pernah terjadi sebelumnya ada forum seperti ini terutama keterlibatan kepala desa dan Camat Nekamese, Kepala Puskesmas membahas masalah kesehatan di Desa Oelomin. Camat Nekamese biasanya juga hanya duduk di depan warga pada saat sosialisasi, penyuluhan atau pertemuan formal lainnya.

Namun saat ini , Jupiter Na'u (Camat Nekamese), justru ikut berdiskusi dengan warga membahas masalah yang ada¹¹. Camat juga mendorong hasil lokakarya disampaikan pada warga yang tidak hadir atau warga yang jarang bicara dengan Bahasa Indone-

¹¹ Lokakarya ini dihadiri oleh Camat Nekamese, Kepala Puskesmas Oemasi, Access dan Increase.

sia di depan umum. Bahkan, camat juga ikut mengoreksi Tim Sepuluh yang luput mencatat aspirasi peserta terkait MCK yang belum dimiliki oleh beberapa KK (Kepala Keluarga).

Camat sangat mengapresiasi lokakarya ini, karena diharapkan dapat membantu pembangunan dan membawa perubahan bagi warga. Ia juga mengajak semua unsur masyarakat untuk bekerja sama membangun desa menjadi contoh bagi desa-desa lainnya. Di lokakarya ini, camat juga mewajibkan desa untuk segera menyusun tiga perdes (Peraturan Desa) selama tahun 2011. Perdes ini antara lain terkait dengan APBDes (Anggaran Pendapatan Belanja Desa), Perdes Kesehatan, dan Perdes Pendidikan.

6) Pelatihan Pengorganisasian

Pelatihan pengorganisasian bertujuan agar tim sepuluh mampu memfasilitasi pembentukan jejaring siaga tingkat desa dan dusun. Pengorganisasian sistem siaga merupakan suatu proses menggerakkan masyarakat untuk membentuk, dan melaksanakan sistem pertolongan kegawatdaruratan kesehatan di tingkat desa berdasarkan prinsip dari, oleh, dan untuk masyarakat.

Kegiatan dilakukan selama 3 hari di Gereja Ora et Labora Dusun IV Desa Oelomin. Dalam pelatihan ini, peserta diajak mengingat kembali bagaimana memanfaatkan dan menggabungkan kekuatan sumber daya manusia dengan sumber daya alam yang ada serta bagaimana menjalin kerja sama yang baik dan kuat dengan semua pihak. Peserta juga diingatkan atas persoalan yang ada di desa yang berkaitan dengan kesehatan.

Ada dua hal yang senantiasa diingat peserta pelatihan, yakni *pertama*, **Terlambat Tiga** (terlambat mengenali tanda bahaya persalinan, terlambat merujuk, dan terlambat mendapatkan pertolongan); *Kedua*, **Empat Terlalu** (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, terlalu dekat jarak kehamilan). Dua hal ini selalu menjadikan kesehatan menjadi masalah individual warga atau jawab bidan akan tetapi juga menjadi tanggung jawab seluruh warga desa.

Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah ini, warga Oelomin perlu membangun organisasi warga menjalankan rekomendasi hasil lokakarya SMD pada Bulan Januari 2011. Peserta *training* mendapatkan tugas untuk memahami konsep jejaring. Selain itu, peserta juga dikenalkan dengan struktur jejaring desa siaga, tugas dan fungsi masing-masing organ jejaring, mekanisme kerja dan koordinasi antar jejaring.

Meski telah mendapatkan gambaran tentang konsep pengorganisasian desa siaga pada saat sosialisasi, akan tetapi Tim Sepuluh masih belum cukup menguasai konsep dan mekanisme kerja jejaring tersebut. Oleh karena itu, setelah training Tim Sepuluh mengakui semakin memahami konsep dan implementasi jejaring desa siaga yang akan dibangun dan dijalankan di desa.

Setelah pelatihan, Tim Sepuluh bersiap mengenalkan lebih jauh jejaring desa siaga tingkat dusun dan bersama warga dusun memilih langsung warga yang akan menjadi pengurus jejaring dusun.

7) Pengorganisasian Tingkat Dusun

Kegiatan pengorganisasian di tingkat dusun bertujuan mengenal organ jejaring desa siaga di tingkat dusun dan desa. Selain itu, pengorganisasian di tingkat dusun juga ditujukan untuk memilih pengurus yang akan bertugas pada masing-masing jejaring. Warga dusun dapat memilih langsung siapa yang akan menjadi pengurus jejaring dusun. Pengorganisasian dan pemilihan pengurus jejaring tingkat dusun berlangsung selama satu hari. Kegiatan ini dilaksanakan tanggal 06-08 dan 11 Juli 2011 di masing-masing dusun.

Beberapa hal menarik dalam pendampingan pengorganisasian di tingkat dusun yang ditemukan oleh pendamping INCREASE. Ada respon positif dari warga tua untuk memikirkan generasi Oelomin agar lebih sehat dan bisa menjadi pemimpin desa atau daerah ke depan. Meski mendukung, akan tetapi kakek (yang satu)

ini tidak setuju dengan konsep *iuran Dasolin* (dana iuran atau sumbangan ibu bersalin) bagi warga desa. Dia beralasan bahwa Dasolin seharusnya hanya bagi keluarga yang memiliki ibu hamil dan akan bersalin sementara dia tidak memiliki istri lagi. Namun setelah dijelaskan lebih lanjut tentang konsep pembiayaan kesehatan komunitas akhirnya kakek tersebut setuju dengan iuran dasolin dan bahkan dengan semangat langsung ingin menyumbangkan uangnya saat itu.

Dalam pertemuan ini BPD menekankan pemahaman kepada warga dusun terutama yang akan jadi pengurus jejaring agar bekerja tidak mengharapkan uang tetapi menggunakan kekuatan dan keikhlasan. Hal ini penting karena keikhlasan dan *voluntarisme* faktor penting menentukan keberhasilan implementasi jejaring desa siaga. Selain itu, ada warga yang mendorong agar jejaring segera berjalan karena yakin bermanfaat bagi mereka. Ada juga warga dusun dua yang langsung menyumbang pada saat pembentukan jejaring di tingkat dusun. Semua proses pembentukan jejaring dusun dan pemilihan pengurusnya berlangsung dengan menggunakan bahasa lokal (Bahasa Dawan) dan Bahasa Indonesia.

8) Lokakarya Pengorganisasian di Tingkat Desa

Setelah pembentukan jejaring desa siaga tingkat dusun dan memilih pengurusnya maka langkah selanjutnya adalah mengadakan lokakarya pengorganisasian di tingkat desa. Lokakarya bertujuan untuk membentuk jejaring inti di tingkat desa dan membangun kesepakatan yang diusulkan dari tingkat dusun. Pembentukan jejaring di tingkat desa didasarkan pada jejaring yang telah terbentuk di tingkat dusun sebelumnya. Adapun struktur jejaring disesuaikan dengan kebutuhan jejaring yang dibutuhkan di tingkat dusun.

9) Pemilihan Pengurus Jejaring Desa Siaga

Lokakarya pengorganisasian tingkat desa juga ditujukan untuk memilih pengurus inti jejaring desa siaga atau BPH (Badan

Pengurus Harian). Terkait dengan hal ini, setiap pengurus jejaring di suatu dusun dapat dipilih menjadi koordinator jejaring di tingkat desa. Contoh, kandidat koordinator jejaring notifikasi adalah empat pengurus jejaring notifikasi yang sudah terpilih di tingkat dusun sebelumnya. Jadi, seorang pengurus jejaring notifikasi di tingkat dusun bisa juga menjadi koordinator jejaring notifikasi di tingkat desa. Begitu juga dengan pemilihan lima koordinator jejaring desa siaga lainnya. Alasan mengapa koordinator jejaring desa harus berasal dari tiap pengurus jejaring tingkat dusun adalah karena mereka dianggap sudah memahami tugas, fungsi dan mekanisme kerja jejaring. Selain itu, mereka juga dinilai telah memiliki gambaran tentang desa siaga, mengikuti dari proses membangun jejaring desa siaga sejak awal dan bersedia bekerja sukarela untuk desa. Namun demikian, kriteria paling penting adalah memiliki kesukarelaan dalam bekerja untuk kemajuan desa.

Sementara itu pemilihan ketua, bendahara, sekretaris dan koordinator umum (koordinator dari koordinator jejaring) dilakukan secara langsung. Peserta lokakarya diminta menyebutkan kandidat pengurus dan memutuskan secara musyawarah mufakat. Khusus untuk koordinator umum mendapat perhatian khusus dari kepala puskesmas yang meminta ada kriteria khusus. Kriteria tersebut adalah kader posyandu, mengetahui sejarah masuknya jejaring desa siaga ke Desa Oelomin, punya pengetahuan yang baik tentang kesehatan, cekatan, mudah bekerja sama dengan warga lain, dan bekerja secara sukarela.

10) Membangun Kesepakatan Implementasi Jejaring Desa Siaga

Selain menyusun organ jejaring dan memilih pengurusnya, lokakarya juga menetapkan beberapa kesepakatan dan rekomendasi terkait implementasi jejaring desa siaga. Kesepakatan dan rekomendasi telah disetujui warga dalam proses pengorganisasian tingkat dusun sebelumnya. Kesepakatan ini dirangkum oleh fasilitator desa dan fasilitator INCREASE.

Rangkuman kesepakatan ini selanjutnya disampaikan pada seluruh peserta lokakarya pengorganisasian desa. Setelah rangkuman disampaikan pada seluruh peserta lokakarya kemudian fasilitator desa menanyakan apakah ada keberatan atau tidak atas tawaran rekomendasi dusun-dusun tersebut?. Semua warga menyepakati rekomendasi tersebut.

Rekomendasi yang berhasil disepakati menjadi kesepakatan bersama warga adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan Dasolin (Dana Solidaritas Ibu Bersalin¹²) sebesar Rp 1.000 per-KK/bulan. Dasolin wajib diberikan oleh semua unsur masyarakat (pemerintah desa, BPD, bidan maupun masyarakat Oelomin secara keseluruhan).
2. Dasolin digunakan untuk biaya transportasi bagi ibu hamil yang akan bersalin di berbagai fasilitas kesehatan
3. Biaya transportasi yang ditanggung Dasolin dari rumah warga ke Puskesmas Oemasi maupun RSUD Kupang sebesar Rp 25 ribu per perjalanan. Jika pulang pergi maka menjadi Rp 50 ribu.
4. Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin) merupakan tabungan bagi ibu hamil di wilayah Oelomin. Tabungan ini dipungut sesuai dengan kemampuan masing-masing ibu hamil. Tabungan ini dibayarkan pada jejaring dana dan diambil setelah ibu melahirkan. Tabungan ini dapat digunakan oleh keluarga ibu bersalin untuk membeli keperluan bayi seperti popok, bedak, pakaian bayi, minyak angin dan keperluan bayi lainnya.
5. Oelomin akan membuat Peraturan Desa (Perdes) tentang Kesehatan terutama akan mengatur tentang Dasolin, KIA, Posyandu dan PHBS (Perilaku Hidup Bersih & Sehat).
6. Seluruh pengurus jejaring bersepakat bahwa kegiatan jejaring dilakukan secara sukarela.

¹² Dalam praktiknya, Dasolin tidak hanya untuk ibu bersalin. Akan tetapi, juga dapat digunakan oleh warga lain yang sedang dalam kondisi gawat darurat kesehatan dan butuh pertolongan segera.

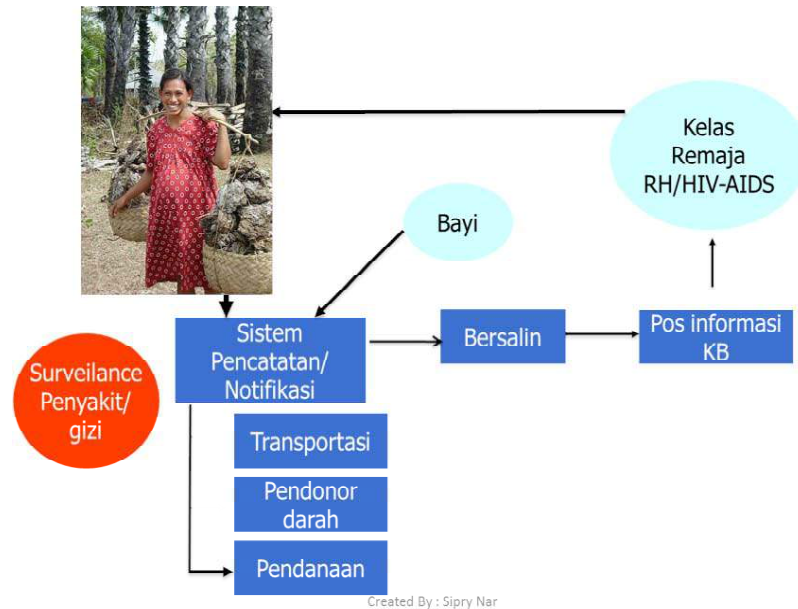
7. BPD dan aparat desa harus terlibat dalam seluruh kegiatan jejaring desa siaga.
8. Perlu peningkatan kapasitas pengurus jejaring desa siaga.

3.2.2 Mekanisme Kerja Jejaring Desa Siaga

Meski jejaring desa siaga Desa Oelomin belum memiliki program kerja akan tetapi kader-kadernya telah menjalankan peran dan fungsi masing-masing dengan baik. Berikut adalah salah satu contoh bagaimana proses kerja jejaring desa siaga dalam melayani ibu hamil, melahirkan dan pendampingan bayi dan balita.

Seorang ibu hamil pertama kali diketahui oleh jejaring notifikasi. Hal ini bisa terjadi berkat laporan dari warga atau tetangga ibu hamil tersebut. Setelah mendapatkan informasi tentang adanya ibu hamil maka jejaring notifikasi tingkat dusun akan mendata ibu hamil tersebut. Data dan informasi ibu hamil tersebut kemudian disampaikan pada koordinator jejaring tingkat desa untuk dicatat dalam buku pendataan ibu hamil tingkat desa. Sementara ibu hamil juga dicatat dalam catatan ibu hamil tingkat dusun. Jejaring notifikasi dusun juga akan menyampaikan informasi ini pada jejaring lainnya di dusun tersebut.

Jejaring lainnya di dusun tersebut akan mencatat informasi yang diberikan oleh jejaring notifikasi. Jejaring transportasi akan mencatat data ibu hamil beserta prediksi tanggal persalinan (tafsiran *partus*). Hal ini perlu dilakukan untuk mempersiapkan sarana transportasi (ambulans desa) untuk membawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan terutama Puskesmas Oemasi. Oleh karena itu, jejaring transportasi telah memberitahu pada pemilik ambulans desa untuk siaga 24 jam dan mengaktifkan *handphone* pada tanggal “prediksi partus”.



Sementara itu, jejaring donor darah juga mencari jenis golongan darah ibu hamil dan calon pendonornya. Ini dilakukan untuk mengantisipasi resiko pendarahan dalam proses persalinan nanti. Pada saat dibutuhkan, jejaring juga berkoordinasi dengan jejaring transportasi dusun untuk mengantar calon pendonor ke PMI atau UPT.

Data ibu hamil jejaring notifikasi juga disampaikan pada jejaring ASI eksklusif dan ketahanan gizi tingkat dusun. Data ini akan dijadikan oleh jejaring ASI eksklusif dan ketahanan gizi untuk memberikan penyuluhan tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif dan gizi terbaik bagi ibu hamil dan bayi. Jejaring juga menandai ibu hamil untuk pemantauan rutin terkait gizi ibu hamil. Pemantauan dilakukan langsung ke rumah ibu hamil.

Sementara itu, jejaring notifikasi juga memberikan informasi adanya ibu hamil pada jejaring dana. Jejaring dana selanjutnya akan menyampaikan atau mengingatkan informasi terkait dengan tabulin. Nah, ibu hamil dan keluarga diminta untuk memberikan

iuran tabulin setiap bulannya. Jejaring ini juga mengingatkan warga bahwa ada tambahan ibu hamil lagi di dusun yang membutuhkan Dasolin pada saat persalinan beberapa bulan ke depan.

Pada saat menjelang bersalin, pihak keluarga melaporkan kondisi ibu hamil pada jejaring transportasi dusun. Jejaring transportasi dusun segera menyiapkan ambulans desa serta menjemput dan mengantarkan ibu bersalin ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya. Jejaring transportasi juga menyampaikan informasi pada jejaring lain terutama jejaring donor darah untuk siap siaga jika pendarahan parah terjadi dalam proses persalinan. Jejaring transportasi juga dapat menagih biaya transportasi pada jejaring dana dusun.

Jejaring dana dusun membayar biaya transportasi pada pemilik ambulans desa dan tabulin pada keluarga ibu bersalin. Pihak keluarga ibu bersalin kemudian dapat menggunakan dana tersebut untuk membeli keperluan bayi.

Demikian salah satu potret mekanisme kerja jejaring desa siaga. Jejaring ini juga memiliki mekanisme kerja yang lain untuk jenis pelayanan jejaring lainnya.

Rapat Triwulanan

Selama proses pelayanan jejaring dusun bekerja, para koordinator jejaring di tingkat desa memantau kerja tersebut. Koordinator jejaring desa siaga akan memantau, mengasistensi dan mendampingi jejaring dusun dalam proses kerja jejaring dusun.

Seluruh jejaring melakukan rapat jejaring setiap triwulan. Pertemuan ini bertujuan melihat kerja masing-masing jejaring dusun. Pertemuan ini juga berfungsi untuk konsultasi para jejaring dusun dengan koordinator jejaring terkait dengan hambatan dan kemajuankerja jejaring dusun.

3.3 Hasil Jejaring Desa Siaga Oelomin

Upaya membangun dan implementasi jejaring desa siaga Oelomin telah berhasil mendorong munculnya berbagai pe-

rubahan di Desa tersebut. Perubahan antara lain terjadi di berbagai tingkatan, mulai dari individu warga, hubungan sosial antar warga, hubungan warga dengan pemerintah desa serta unit pelayanan publik tingkat desa dan kecamatan.

Di antara perubahan tersebut, yang paling menarik adalah perubahan banyaknya persalinan ibu hamil di fasilitas kesehatan. Tahun 2010, angka persalinan ibu hamil adalah 24 dan semuanya bersalin dibantu oleh tenaga kesehatan. Dari semua persalinan tersebut, 18 di antaranya atau 75 persen dari total persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan terutama di puskesmas dan 6 di tempat non fasilitas kesehatan namun tetap dibantu oleh tenaga kesehatan. Angka ibu bersalin di fasilitas kesehatan meningkat menjadi 100 persen di tahun 2011, dimana seluruh ibu hamil melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.

Meskipun jejaring desa siaga bukanlah satu-satunya faktor yang mempengaruhi angka ini, akan tetapi fakta lapangan membuktikan bahwa kolaborasi jejaring transportasi dengan kepala desa dan kader posyandu merupakan faktor paling dominan mempengaruhi hal ini. Kolaborasi beberapa pihak ini telah me-mastikan setiap ibu hamil dan akan bersalin segera dibawa ke Puskesmas Oemasi dan fasilitas kesehatan lainnya.

Angka persalinan Ibu Hamil Kecamatan Nekamese tahun 2010 dan 2011

		Tahun 2010			Tahun 2011		
No							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Sumber : Pusat Data Puskesmas Oemasi, 2011.

Performa angka persalinan di fasilitas kesehatan Oelomin merupakan kelompok tertinggi dibandingkan dengan angka persalinan desa lainnya. Desa Oelomin bersama dua desa lainnya, Desa Besmarak dan Oben merupakan desa yang semua ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan.

Sementara persentase berbeda ditunjukkan oleh desa lain seperti Oemasi. Meski puskesmas berada di dalam Desa Oemasi, akan tetapi desa ini belum memiliki jejaring desa siaga. Tingginya angka persalinan ibu hamil ke fasilitas kesehatan diduga kuat karena jarak tempuh rumah ibu hamil ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya lebih rendah.

Desa-desa yang telah menerapkan desa siaga juga menunjukkan performa angka persalinan di fasilitas kesehatan cukup tinggi. Enam desa yang pernah mendapatkan *training* dan menerapkan sistem desa siaga terbukti memiliki persentase persalinan di fasilitas kesehatan cukup tinggi. Desa-desa di Kecamatan Nekameses yang menerapkan sistem desa siaga antara lain Desa Oelomin, Oben, Tunfeu, Besmarak, Oenif, dan Usapi Sonbai. Kecuali Desa Oenif, empat desa lainnya memiliki persentase ibu bersalin di fasilitas kesehatan tahun 2011 masing-masing sebesar 100 persen (Oelomin), 100 persen (Oben), 94,1 (Tunfeu), 100 persen (Besmarak) dan 64,3 persen (Usapi Sonbai).

**Persentase Persalinan Ibu Hamil di Fasilitas Kesehatan
Kecamatan Nekamese**

No	Desa	2010	2011
1	Oemasi	90.5	95.2
2	Oelomin	75.0	100.0
3	Tunfeu	66.7	94.1
4	Besmarak	88.9	100.0
5	Oben	77.3	100.0
6	Oenif	90.0	50.0
7	Usapi Sonbai	53.8	64.3
8	Taloetan	73.9	83.3
9	Bone	28.6	66.7
10	Tasikona	63.6	22.2
11	Oepaha	58.3	66.7
	Kecamatan Nekamese	69.9	83.7

*Sumber : Diolah dari data persalinan ibu hamil Puskesmas
Oemasi.*

Sementara desa yang belum menerapkan sistem jejaring desa siaga berikut presentase ibu bersalin di fasilitas kesehatan adalah Oemasi (95,2 persen), Taloetan (83,3 persen), Bone (66,7 persen), Tasikona (22,2 persen) dan Oepaha (66,7 persen). Jadi, di desa yang non jejaring desa siaga belum ada yang mampu mencapai angka 100 persen. Angka tertinggi ada di Desa Oemasi dan hal ini kemungkinan disebabkan oleh jarak puskesmas dan rumah penduduk yang relatif lebih dekat.

Selain perubahan pada indikator angka persalinan, perubahan lain paska implementasi desa siaga adalah adanya perubahan pandangan, kesadaran atas kesehatan dan juga adanya perubahan sikap dan perilaku hidup sehat warga. Mereka mulai menyadari bahwa kesehatan merupakan sektor penting untuk meningkatkan taraf hidup seluruh warga desa. Mereka juga menyadari

bahwa nyawa seorang warga desa sangat penting dan senantiasa perlu dijamin keselamatannya.

Tidak hanya itu seluruh komponen desa telah menyadari bahwa mereka memiliki kekuatan dan potensi yang dapat mengubah kondisi hidup menjadi lebih baik. Kesadaran kolektif seperti ini belum pernah dialami sebelumnya oleh warga desa dan akan menjadi modal sosial penting untuk membangun Desa Oelomin di masa mendatang.

Beberapa perubahan perilaku menonjol yang telah terjadi di Desa Oelomin dan ditenggarai sebagai dampak jejaring desa siaga adalah sebagai berikut :

1. Sebagian besar warga desa tidak lagi melakukan tradisi panggang bagi ibu paska persalinan. Warga sadar bahwa hal tersebut tidak perlu dilakukan mengingat kekuatan dan ketahanan tubuh ibu paska persalinan bisa ditingkatkan dengan cara lain seperti makan obat yang disediakan puskesmas.
2. Meningkatnya apresiasi warga terhadap tubuh dan jiwa seorang warga. Hal ini ditunjukkan dengan keberpihakan dan dukungan pada jejaring desa siaga yang diyakini akan mengurangi kematian warga baik karena berbagai faktor terutama dalam persalinan.
3. Adanya peran aktif suami untuk membawa bayi dan balita ke posyandu. Kegiatan kesehatan seperti posyandu, mengukur berat badan bayi dan anak dinilai memalukan jika dilakukan oleh laki-laki. Namun setelah, adanya jejaring desa siaga sudah mulai muncul beberapa laki-laki desa yang membawa dan menimbang berat badan anak di posyandu.
4. Pihak lain seperti pendeta sudah mulai mengkampanye perilaku hidup sehat di mimbar gereja.
5. Bidan desa menjadi lebih disiplin menjalankan tugasnya di Oelomin. Sebelumnya teridentifikasi bidan kurang disiplin melayani warga dan menjalankan tugas lainnya

6. Adanya perubahan sikap BPD yang menjadi lebih proaktif ikut serta dalam berbagai kegiatan jejaring desa siaga. Pengurus BPD seringkali cuek atas berbagai kegiatan desa, namun menjadi lebih aktif ketika pembentukan dan implementasi desa siaga dilakukan.
7. Fasilitator desa menjadi lebih percaya diri dalam memimpin acara dan kegiatan di tingkat kampung
8. Kepala desa mulai terlibat aktif dalam posyandu, kampanye Dasolin, mengantar warga yang akan bersalin ke puskesmas, menyediakan mobilnya untuk menjadi ambulans desa.

IV. TANTANGAN DAN KEBERLANJUTAN JEJARING DESA SIAGA:

Jejaring desa siaga Desa Oelomin merupakan praktik baik yang senantiasa harus diperkuat dan disarankan untuk direplikasi di daerah lain. Oleh karena itu, dalam konteks ini tim peneliti memberikan catatan atas tantangan dan keberlanjutan yang akan dihadapi oleh jejaring desa siaga ini.

4.a Tantangan dan Keberlanjutan Jejaring Desa Siaga:

1. Jejaring Desa Siaga merupakan kekuatan dan modal sosial baru di Desa Oelomin dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan taraf hidup warga. Akan tetapi, jejaring ini masih membutuhkan peningkatan kesadaran lebih kuat terutama hak warga atas pelayanan kesehatan berkualitas. Kesadaran atas hak akan menjadi motivasi warga untuk senantiasa mendesak peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Kesadaran ini juga menentukan keberlanjutan jejaring desa siaga
2. Meski ada perubahan menonjol dalam pelayanan persalinan fasilitas bagi ibu hamil dari desa, akan tetapi tetapi hal tersebut tidak semata-mata karena kinerja jejaring desa siaga. Peran puskesmas terutama kepemimpinan kepala puskesmas dan bidan siaga 24 jam menjadi faktor penting penyebab tingginya angka persalinan ibu hamil di Puskesmas Oemasi. Peran

tersebut adalah penyediaan fasilitas klinik bersalin di Puskesmas Oemasi serta upaya gigi kepala puskesmas untuk mempengaruhi kepala desa, camat, tokoh masyarakat agar ibu hamil melakukan persalinan di puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya. Jadi, kepemimpinan dalam unit pelayanan publik menentukan apakah pelayanan kesehatan tersebut bisa diakses oleh masyarakat dan akhirnya menentukan derajat kesehatan masyarakat.

Kejadian menarik terjadi manakala pihak Puskesmas Oemasi tidak sesiaga (tidak ada kepala puskesmas yang inovatif dan bidan yang siaga 24 jam) seperti saat ini. Apakah puskesmas siap melayani peningkatan permintaan persalinan (*demand*) dari warga karena jejaring desa siaga selalu membawa ibu hamil ke puskesmas? Jawaban atas pertanyaan ini sangat bergantung pada apakah warga dan pengurus jejaring desa siaga memiliki kesadaran yang tinggi atas hak-hak kesehatan.

3. Belum ada pelembagaan yang kuat atas praktik baik jejaring desa siaga Oelomin di berbagai jenjang pemerintahan desa, kecamatan, kabupaten dan provinsi. Sampai saat ini hanya ada Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang hal ini. Peneliti masih belum menemukan adanya peraturan terkait seperti perda, pergub, perbup, perdes dan peraturan lainnya yang mengatur tentang upaya membangun dan mengawal jejaring desa siaga di berbagai wilayah provinsi NTT.

Imbauan Camat Nekamese dalam lokakarya SMD desa Oelomin pada kepala desa sekecamatan Nekamese untuk segera menyusun perdes terkait dengan kesehatan masih belum terealisasi sepenuhnya. Kepala desa masih belum yakin akan perdes ini.

Pelembagaan ini menjadi penting terutama terkait dengan aspek keberlanjutan jejaring desa siaga paska menurun dan hilangnya dukungan donor luar negeri. Pelembagaan ini tidak hanya menjadi dasar hukum bagi jejaring desa siaga akan tetapi juga akan menjadikan hal ini menjadi prioritas kebijakan dan anggaran pemerintah.

4. Pemberdayaan warga dan organisasi warga masih berada dalam lingkup desa belum pada jenjang lebih tinggi seperti kecamatan, kabupaten dan provinsi. Selain itu, pemberdayaan juga masih bersifat sektoral dan strategi, dan belum menyeluruh sehingga pemberdayaan jejaring yang akan mengintegrasikan pemberdayaan jejaring desa siaga dengan wilayah dan sektor lain. Integrasi pemberdayaan pada wilayah lebih luas ini akan menjadikan pemberdayaan jejaring desa siaga lebih komprehensif dan substansial. Dua aspek pemberdayaan terakhir ini diyakini akan memberi efek perubahan sangat signifikan pada upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik dan peningkatan taraf hidup warga desa.

4.b Kesimpulan

Upaya warga Desa Oelomin, aparat desa, puskesmas dan tenaga kesehatan dalam membangun dan menjalankan desa siaga telah memberikan perubahan signifikan terhadap akses warga pada fasilitas pelayanan kesehatan terutama bagi ibu hamil. Selain itu, perubahan juga terjadi pada cara pandang dan perspektif warga atas masalah kesehatan serta potensi yang dimiliki warga desa dalam merespon masalah tersebut. Lebih dari itu, perubahan tidak hanya terjadi pada tingkat warga dan organisasi warga akan tetapi juga terhadap pelayanan pemerintah desa, petugas dan fasilitas kesehatan serta unit pelayanan publik lainnya.

Jejaring desa siaga lebih dinamis dibandingkan dengan posyandu yang menitikberatkan pada proaktif warga terutama ibu hamil. Dengan demikian, sistem jejaring desa siaga juga merupakan pelengkap dan dukungan lebih lanjut bagi upaya kesehatan ibu hamil, bersalin, bayi dan balita yang sebelumnya telah dilakukan oleh kader-kader posyandu.

Proses membangun jejaring desa siaga juga telah menyadarkan warga bahwa aset desa yang dimiliki merupakan kekuatan dan potensi yang dapat dijadikan sebagai basis untuk mendorong berbagai perubahan di tingkat desa. Proses mem-

bangun jejaring ini juga cukup mudah, sederhana dan sangat bergantung pada komitmen semua pihak terutama pemerintah desa dan puskesmas.

Upaya membangun hubungan dan kepercayaan antara fasilitator INCREASE dengan warga, kepala desa, kader posyandu, bidan desa, perawat, dan kepala puskesmas terbukti menjadi modal penting untuk menggerakkan semua komponen desa untuk membangun jejaring desa siaga. Hal ini juga ampuh untuk menggali informasi dan menganalisis masalah kesehatan secara bersama-sama. Tidak hanya itu, pendekatan hubungan dan kepercayaan juga menjadi pendorong yang kuat dalam meng-galang dukungan jalannya desa siaga.

Kolaborasi semua pihak dalam upaya kesehatan bersama terbukti juga mampu menaikkan kualitas pelayanan publik seperti peningkatan ibu bersalin, pelayanan posyandu, makanan dan gizi, dan lainnya. Namun demikian, jejaring desa siaga dan organisasi warga yang berpotensi menjadi pendorong utama perbaikan pelayanan di tingkat unit pelayanan publik. Potensi semakin meningkat manakala warga desa dan kader jejaring memiliki kesadaran yang tinggi atas hak-haknya dalam pelayanan kesehatan.

Praktik baik jejaring desa siaga Oelomin dan upaya revitalisasi pelayanan bersalin Puskesmas Oemasi perlu dikembangkan. Hal ini untuk menjamin bahwa praktik baik ini memiliki sustainabilitas tinggi kedepan. Pelembagaan desa siaga dalam perdes, perda, perprov ataupun dalam keputusan pejabat pemerintah lainnya juga merupakan bentuk perhatian pemerintah dan penyelenggara negara lainnya untuk senantiasa mendukung upaya peningkatan pelayanan kesehatan dan juga peningkatan derajat kesehatan warga.

Pelembagaan praktik baik di tingkat kecamatan ataupun jenjang lebih tinggi juga merupakan sebuah jaminan bahwa praktik serupa dapat berlangsung di daerah lain. Dalam kondisi ini, dimana jejaring desa siaga menjadi sebuah upaya masih di tingkat

warga maka pencapaian visi ‘Indonesia Sehat’ akan tercapai dan lebih bermakna.

4.c Rekomendasi

Konsep jejaring desa siaga harus didukung dan dilaksanakan diberbagai desa di seluruh Indonesia karena akan menjadi basis Indonesia Sehat. Meski saat ini telah ada Permenkes yang mengatur tentang hal ini akan tetapi hal tersebut masih membutuhkan perbaikan dan infrastruktur pendukung di berbagai jenjang pemerintahan.

Terkait hal tersebut, tim peneliti merekomendasikan hal-hal berikut :

1. Implementasi desa siaga perlu memperkaya warga dengan perspektif hak (*right based*). Hal ini diyakini akan mempercepat perubahan kualitas pelayanan publik karena akan menyadarkan warga bahwa kesehatan mereka bukan hanya tanggung jawab mereka tapi juga tanggung bersama antara warga dan pemerintah. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan publik yang disediakan pemerintah akan senantiasa didorong dalam berbagai interaksi antara warga dan organisasi dengan penyelenggara dan penyedia pelayanan publik. Permintaan akan pelayanan publik tinggi (*demand*) bisa dimunculkan melalui jejaring desa siaga. Permintaan ini akan memberikan hasil maksimal jika ada dorongan dari warga untuk mendesak perubahan kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah melalui fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Perlu adanya pengorganisasian yang lebih solid dan sistematis dan tidak saja difokuskan pada upaya kesehatan *an sich*. Organisasi warga juga sebaiknya diarahkan untuk mempengaruhi kebijakan dan anggaran kesehatan di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa. Pengaruh atas kebijakan akan menjadi penting dan strategis terutama untuk mengatasi berbagai keterbatasan yang dialami oleh jejaring desa siaga dalam meningkatkan derajat kesehatan

warga desa. Organisasi warga dalam jejaring desa siaga juga perlu didorong untuk berkontribusi terhadap perbaikan tata kelola pemerintahan lokal demokratis dalam pelayanan publik.

3. Dibutuhkan payung hukum dalam bentuk peraturan daerah atau produk hukum lainya yang menjamin keberlanjutan dan juga merupakan konsep yang wajib diterapkan dimasing-masing desa dan mendapatkan prioritas kebijakan dan anggaran dari pemerintah pusat , daerah, dan desa.



MELEMBAGAKAN PARTISIPASI WARGA UNTUK PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN LOMBOK BARAT

Oleh:

Iskandar Saharudin dan Endang Susilowati

I. PROFIL KABUPATEN LOMBOK BARAT

Dahulu, Kabupaten Lombok Barat, di masa Pemerintah Hindia Belanda, merupakan salah satu *Onder Afdeling*, yang dipimpin oleh seorang Controleur, pemimpin *Regenchap* (sejenis kabupaten). Kemudian pada zaman Pemerintahan Jepang dan NICA, Lombok Barat tergabung pada wilayah Neo Landschap Lombok. Namun sesudah Konfrensi Meja Bundar dan berlangsung pemulihan kekuasaan Negara RI pada tanggal 27 Desember 1949, maka berdirilah Negara Republik Indonesia Serikat (RIS) yang terdiri atas beberapa Negara Bagian, di antaranya Negara Indonesia Timur (NIT). Menurut Undang-undang Pemerintahan Daerah NIT No. 44 Tahun 1950, pasal 1 ayat 1 menyatakan bahwa wilayah administratif Lombok Barat menjadi daerah bagian yang otonom. Namun dalam prakteknya, otonomi ini tidak pernah terlaksana sepenuhnya

karena tidak dipimpin oleh Kepala Daerah Bagian melainkan oleh seorang Kepala Pemerintahan setempat yang sifatnya administrative belaka. Pada masa ini Daerah Lombok Barat membawahi wilayah administratif kedistrikan Ampenan Barat, Kedistrikan Ampenan Timur, Kedistrikan Tanjung, Kedistrikan Bayan, Kedistrikan Gerung, Asisten Kedistrikan Gondang dan Kepunggawaan Cakranegara. Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah dilaksanakan berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1957 dimana daerah Indonesia dibagi habis dalam daerah Swatantra Tingkat I, Tingkat II, dan Tingkat III. Selanjutnya berdasarkan UU No.1 Tahun 1957, lahirlah UU No.64 dan 69 Tahun 1958 masing-masing tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Bali, NTB dan NTT serta Daerah Tingkat II di dalam wilayah Daerah Tingkat I yang bersangkutan yang diundangkan pada tanggal 14 Agustus 1958. Oleh karena itu secara yuridis Daerah Swatantra Tingkat II Lombok Barat sudah terbentuk sejak 14 Agustus 1958.¹



¹ <http://www.depdagri.go.id/pages/profil-daerah/kabupaten/id/52/name/nusa-tenggara-barat/detail/5201/lom>

Kabupaten Lombok Barat adalah sebuah kabupaten di provinsi Nusa Tenggara Barat, dengan Ibu Kota Gerung. Kabupaten ini meliputi wilayah pantai bagian barat Pulau Lombok, berbatasan langsung dengan Selat Lombok dan Kota Mataram. Secara geografis wilayah Kabupaten Lombok Barat terletak antara 115°46' sampai dengan 116°28' Bujur Timur, dan 8°12' sampai dengan 8°55' Lintang Selatan dengan batas-batas wilayah :

Sebelah Utara : Kabupaten Lombok Utara

Sebelah Selatan : Samudera Indonesia,

Sebelah Barat : Selat Lombok dan Kota Mataram,

Sebelah Timur : Kabupaten Lombok Tengah

Luas wilayah Kabupaten Lombok Barat 167.215 ha. Artinya, luas wilayahnya 8,3% dari luas wilayah NTB yang luasnya 20.153 km², atau 34.6% dari luas Pulau Lombok yang luasnya 4.739 km². Sedangkan Pulau Lombok sendiri memiliki luas wilayah 24% dari luas NTB dan dihuni oleh sekitar 71% penduduk, dengan kepadatan penduduknya 710,59 per km². Pada awalnya, Lombok Barat membawahi 15 Kecamatan. Namun setelah pemekaran Kabupaten Lombok Utara pada tahun 2008, maka Kabupaten Lombok Barat membawahi 10 Kabupaten. 5 Kabupaten lainnya masuk dalam Kabupaten Lombok Utara.

Selain 10 kecamatan, Lombok Barat juga memiliki 123 Desa dan 657 Dusun. Kecamatan yang paling luas adalah Narmada yang terdiri dari 16 desa dan 112 dusun, sedangkan Kecamatan yang paling kecil adalah Kuripan yang terdiri dari 4 desa dan 36 dusun. Kesepuluh kecamatan itu adalah:

1. Kecamatan Gunungsari,
2. Kecamatan Batulayar
3. Kecamatan Lingsar
4. Kecamatan Narmada
5. Kecamatan Labuapi
6. Kecamatan Kediri
7. Kecamatan Kuripan
8. Kecamatan Gerung
9. Kecamatan Lembar
10. Kecamatan Sekotong Tengah

Jumlah penduduknya pada tahun 2010 sebanyak 611.704 jiwa dengan rasio laki-laki dan perempuan 48,92% berbanding 51,07%. Kondisi penduduk miskin pada tahun 2008 sebanyak 25,97% penduduknya berada dibawah garis kemiskinan, dan menurun pada tahun 2009 menjadi 24, 02%. Angka kemiskinan ini merupakan urutan ke 10 dari 10 Kabupaten/Kota di NTB.

Pada tahun 2010 angka kemiskinan menurun setelah terjadi pemekaran dengan Lombok Utara menjadi 21,59 % dan menduduki urutan ke 6 dari 10 kabupaten/kota.

Jika dilihat dari indikator-indikator dalam Indeks Pembangunan Manusia Lombok Barat tahun 2009 nampak situasinya sebagai berikut:

1. Usia harapan hidup (th), 60,4 tahun
2. Tingkat melek huruf dewasa, 73,77 %
3. Rata-rata lama bersekolah, 5,66 tahun
4. Angka *dropout*, 8,82 %
5. Belanja nyata perkapita (ribuan rupiah), 614,03

II. KURANGNYA SARANA DAN PRASARANA PELAYANAN KESEHATAN.

Pada tahun 2009 telah tersedia instansi layanan kesehatan di Lombok Barat berupa Rumah Sakit Umum Daerah sebanyak 1 buah, puskesmas 15 buah, puskesmas pembantu 57 buah, polindes 71 buah, dan posyandu 685 unit.

Sarana layanan kesehatan itu didukung oleh ketersediaan tenaga kesehatan sebanyak 788 orang, yang terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, perawat, bidan, sanitarian, farmasi, teknisi medis, dan ahli gizi. Yang terbanyak adalah perawat 303 orang. Disusul oleh bidan 166 orang, dokter spesialis 9 orang dan dokter Umum 37 orang dan lainnya.

Kondisi Kesehatan di Lombok Barat, jika dibandingkan dengan sarana kesehatan yang ada, maka berdasarkan Standar

Departemen Kesehatan RI, perbandingan jumlah puskesmas dengan jumlah penduduk adalah 1:30.000. Jumlah puskesmas di Lombok Barat ada 15 unit, sedangkan penduduk yang dilayani 611.704 jiwa. Berarti 1 puskesmas melayani 40.780 jiwa, artinya masih membutuhkan 5 Puskesmas lagi.

Sedangkan perbandingan 'puskesmas pembantu' dengan masyarakat yang dilayani 1:10.000, maka di Lombok Barat masih ada kekurangan 3 Puskesmas Pembantu. Jika dilihat jumlah Desa dan keadaan geografis, maka dibutuhkan lebih banyak lagi guna mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Untuk jumlah Poskesdes (dahulu Polindes) ada 78 buah. Sementara dari pemekaran desa sekarang Lombok Barat ada 123 desa, sehingga masih dirasakan kurang. Untuk Posyandu ada 691 buah tersebar pada tiap-tiap dusun, jika sasaran ada ditempat yang agak jauh dari posyandu induk, maka dapat dibentuk posyandu satelit.

Sementara untuk *ratio* dokter umum dengan jumlah penduduk, yang mengacu pada Indikator Indonesia Sehat tahun 2010, Lombok Barat sampai tahun 2010 baru sampai 6,38 orang dokter umum per 100.000 penduduk, dengan target rasio 40 per 100.000 penduduk. Dengan demikian diperlukan tambahan jumlah dokter (tenaga medis) yang cukup banyak untuk dapat memberikan pelayanan medis yang optimal.



Jika menggunakan standart rasio tersebut, maka akan sulit terpenuhi kebutuhannya mengingat terbatasnya kemampuan fiskal daerah. Namun jika ditinjau dengan beban kerja, idealnya Puskesmas dibutuhkan 2–3 dokter umum, maka Lombok Barat cukup mendekat kebutuhan tersebut. Namun ada kendala lain dalam ketersediaan dokter umum dan juga dokter gigi, yakni dirangkapnya kedudukan kepala puskesmas oleh mereka, hingga mencapai 85%, sehingga waktunya lebih banyak difokuskan untuk kegiatan administrasi dan management.

Disisi lain dengan jumlah tenaga medis terbatas, pelayanan medis masih banyak dilimpahkan kepada tenaga keperawatan. Oleh karena itu, maka perlu dipertimbangkan untuk mengoptimalkan peran dan fungsi tenaga sarjana kesehatan lainnya untuk menjalankan fungsi manajemen Puskesmas, sehingga fungsional medis dapat lebih difokuskan kembali untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat.

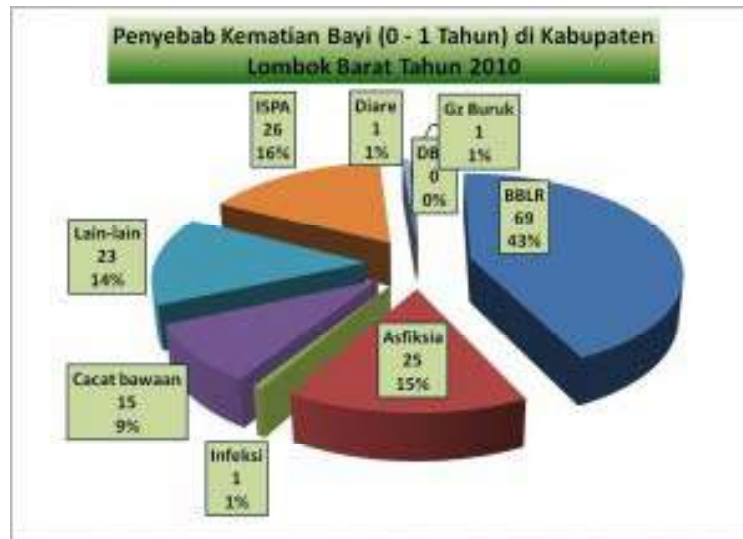
1. Angka Kematian Bayi dan Ibu Melahirkan.

Berdasarkan laporan surveilans, jumlah natalitas (baca: kematian) bayi dan ibu di Lombok Barat dari tahun 2008 hingga tahun 2010 menunjukkan penurunan. Tahun 2008 adalah 260, tahun 2009 adalah 201 dan tahun 2010 adalah 161. Sebagaimana tabel dibawah ini.

Angka kematian bayi pada tahun 2009 adalah 17 per 1000 kelahiran. dan pada 2010 turun menjadi 12,44 per 1000 kelahiran hidup.

Tingginya angka kematian bayi ini disebabkan oleh BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) 43%, yang terjadi pada usia 0 sampai 28 hari. Selain itu juga disebabkan oleh ISPA (*pneumonia*) 16 % pada bayi usia 29 hari sampai dibawah 12 bulan.

BBLR terjadi karena kurangnya asupan gizi pada saat bayi masih didalam kandungan, sehingga hal ini berhubungan dengan kesehatan ibu hamil. Kematian neonatus adalah kematian pada



bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari. Banyaknya kasus kematian neonatus (123 neonatus) memberikan kontribusi yang sangat besar pada kasus kematian bayi.

Demikian juga dengan kematian Ibu. Di tahun 2010 terjadi 17 kasus. Meski ini menunjukkan penurunan, namun angka ini masih tergolong tinggi, ditinjau dari target program Provinsi AKINO (*Angka Kematian Ibu Menuju Nol*). Beberapa faktor penyebabnya antara lain masih banyaknya ibu hamil (bumil) dengan anemia, rendahnya konsumsi Fe (zat besi), terlambatnya pengambilan keputusan melahirkan, terlambatnya transportasi akses ke klinik melahirkan, terlambatnya penanganan di tempat pelayanan kesehatan, dan belum tersedianya kantong donor darah yang cukup.

Angka kesakitan lainnya adalah demam berdarah dengue. Penyakit ini terjadi peningkatan dari tahun 2009 sebanyak 79 kasus, dan meningkat menjadi 154 kasus pada 2010. Telah terjadi peningkatan sebesar 34,47 %. Kesakitan berikutnya adalah diare. Pada tahun 2009, terjadi 31,047 kasus, dan di 2010 menurun menjadi 23.934 kasus. Terjadi penurunan sebesar 22,91%.

Untuk angka kesakitan malaria klinis, pada tahun 2010 mencapai 8.994 kasus dengan 1.532 kasus dinyatakan positif melalui pemeriksaan laboratorium dan RDT. Sedangkan pada prevalensi kusta dalam 2 tahun terakhir (2009 dan 2010) tidak mengalami perubahan, yaitu 0,2% per 10.000 penduduk. Lombok Barat sudah termasuk dalam kategori *Low Endemik Kusta* (prevalensi <0,5/10.000 penduduk). Kasus kusta per 31 Desember 2010 terjadi sebanyak 11 kasus.

Data kumulatif HIV/AIDS dari tahun 1992 sampai 2010, penderita HIV sebanyak 36 orang dan yang dinyatakan AIDS sebanyak 38 orang. Sedangkan kasus pneumonia pada balita ditemukan sebanyak 4.862 orang, jumlah kasus ini menurun 38 %, bila dibandingkan dengan 2009, sebanyak 7.858 kasus. Infeksi Menular Seksual (IMS) tahun 2010 tidak dapat diakses, karena pencatatan dan pelaporan yang kurang optimal baik di level Puskesmas maupun Kabupaten. IMS ini merupakan fenomena gunung es, karena keengganan penderita yang mengalami keluhan pada alat reproduksinya untuk memeriksakan diri ketempat pelayanan publik.

Jumlah Kasus Campak di Lombok Barat pada tahun 2010 sebanyak 10 kasus. Ini terjadi di wilayah kerja Puskesmas Gunung Sari, dan Penimbung. Jumlah ini meningkat dibandingkan 2009 yang mencapai 7 kasus. Untuk kasus folio, tidak ada, karena semua suspect AFP yang ditemukan 10 orang dinyatakan negatif polio. Sedangkan kasus Hepatitis B dari tahun 2008 hingga tahun 2010 lalu tidak ditemukan kasus hepatitis B sehingga Kabupaten Lombok Barat bisa dinyatakan bebas Hepatitis B.

2. Status Gizi Masyarakat.

Kontrol kesehatan gizi warga dilakukan melalui dua jenis kunjungan. Kunjungan neonatus dan kunjungan bayi. Pada Kunjungan Neonatus (KN2) dilakukan terhadap ibu nifas, melalui pelayanan di rumah oleh bidan. Neonatus adalah bayi berumur 0 sampai 28 hari. Kasus kematian neonatus masih cukup tinggi

di Lombok Barat, yang mencapai 123 kasus. Sedangkan untuk kunjungan Bayi merupakan salah satu upaya untuk menekan angka kematian bayi.

Berat Badan Bayi Lahir Rendah (BBLR), tahun 2010 relatif meningkat, sebesar 4.01 di tahun 2009 menjadi 4.53 di tahun 2010. Dari jumlah kasus sebanyak 586 yang lahir dengan BBLR, meningkat 69 bayi. Semua bayi dengan BBLR telah mendapat penanganan sesuai dengan protap yang berlaku. Balita ditimbang, dengan pemantauan status gizinya melalui penimbangan berat badan. Balita Gizi buruk menurun dibandingkan tahun sebelumnya yaitu menjadi 128 dari 158 kasus ditahun 2009.

*Tabel : Capaian Indikator Kinerja Pembangunan Kesehatan
Kabupaten Lombok Barat Tahun 2010 -2014.*

No	Keterangan	Th. 2010	Th. 2011	Th. 2012	Th. 2013	Th. 2014
1	Usia Harapan hidup	60,1	60,5	60,9	61,4	61,7
2	Angka Kematian Bayi (AKB)/1000 KH	145	140	135	130	125
3	Angka Kematian Ibu (AKI)/100.000 KH	30	27	25	20	17
4	Balita gizi buruk	3,80	3,65	3,45	3,25	3,00
5	Kasus TB	45	50	55	60	65
6	Cakupan penemuan ISPA	85	90	95	100	100
7	Annual malaria insedence (AMI)	16,0	14,0	12,0	10,0	8,0

Beberapa keluhan yang acapkali muncul terhadap pelayanan kesehatan di Lombok Barat, menurut Yuni Riawati, Koordinator Program JMS, adalah pemberian obat generik yang berlebihan terhadap semua penyakit dan keluhan sakit. Selain itu juga masalah rumitnya pengurusan Askeskin, sikap petugas layanan medis yang tidak ramah, pungutan biaya berobat yang tidak jelas, tidak berlakunya Askeskin atau Jamkesmas secara merata, ketidak-teraturan waktu layanan di Pustu, dan sebagainya.

Bagi Kepala Puskesmas Gunung Sari, dr. Farida, pelayanan puskesmas sudah dilakukan berdasarkan SOP yang telah ditetapkan. Akan tetapi, disadari pula kalau masih ada berbagai kelemahan di sana sini. Dari berbagai keluhan dan komplain yang ditemukan, jenis yang paling banyak diterima oleh Puskesmas adalah masalah kepesertaan Jamkesmas. Jaskesmas warga acapkali ditolak oleh pihak Rumah Sakit.

Meski situasi pelayanan publik belum optimal dan memadai, saat itu, upaya memperbaiki kualitas layanan tetap dilakukan Pemda. Hal ini nampak dari: (i). Adanya Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Lombok Barat tentang pembebasan pungutan untuk layanan visum. (ii). Penyediaan secara gratis tablet multivitamin² untuk ibu hamil. (iii). Penanganan keluhan secara responsif. Dan (iv). Penggalan masalah dan pemantauan melalui kunjungan lapangan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan adalah dengan dibebaskannya pungutan untuk pelayanan visum. Pembebasan layanan jenis ini dimaksudkan, terutama, bagi perempuan korban kekerasan. Selain itu, untuk menanggulangi peningkatan kematian ibu melahirkan, Dinas Kesehatan melakukan pengadaan tablet multivitamin secara gratis agar dapat menjangkau seluruh ibu hamil. Di Lombok Barat terdapat kurang-lebih 15.000 ibu hamil dan apabila dikalikan dengan harga vitamin persatuan sebesar Rp 63.000, maka diperoleh pagu anggaran Rp 945 juta. Harga yang sama dengan biaya pengadaan mobil dinas Bupati. Ini tentu pagu anggaran yang tidak terlalu besar bagi kepentingan dan dampak yang lebih besar daripada mobil dinas.

² Angka kematian bayi dialami oleh anak umur 0 – 5 tahun, 2/3 terjadi pada usia 0–28 hari, ternyata dari 0–28 hari yaitu 2/3 terjadi pada umur 7 hari, 2/3 nya terjadi pada umur 0–3 hari ini dikarenakan Berat Badan Bayi Lahir Rendah (BBLR) kurang dari 2,5 kg. dengan 90 tablet vitamin yang harganya Rp.63.000 yang diminum selama 3 bulan, ini untuk kasus KEK (kurang energi dan kalori) atau juga dengan anemia. Inovasi juga dilakukan pada Klas Ibu hamil dan Klas Gizi untuk ibu-ibu yang mempunyai Balita.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan, setiap keluhan ditangani dengan baik, melalui pembentukan tim evaluasi internal. Tim evaluasi ini terdiri dari Kepala Puskesmas, kepala bagian TU, dan Koordinator Rawat Inap. Biasanya pengaduan langsung ditangani dalam sehari, melalui tim ini. Dan proses evaluasi ini diselenggarakan setiap Senin pagi, dimaksudkan untuk melihat persoalan yang muncul dari petugas dan masyarakat, selain menangani pengaduan.

Penanganan pengaduan juga dilakukan melalui kotak saran. Namun, kotak saran ini, disamping ketiadaan sosialisasi, juga ketidak-familiaran keberadaan kotak saran ini bagi warga desa. Fungsi dan keberadaan kotak saran ini tidak diketahui dan tidak dimanfaatkan dengan baik. Kalau pun ada warga pengguna layanan mengisi kotak saran itu dengan keluhan dan saran perbaikan, pengguna layanan tidak memperoleh informasi perkembangan dari penanganan keluhannya, dan wujud respon yang diberikan.

Selain melalui tim internal dan kotak saran, upaya untuk memperoleh masukan dari masyarakat banyak juga dilakukan melalui survei kepuasan warga dan kunjungan untuk ibu nifas.

Menurut dr. Farida, survey ini dilakukan setiap tahun. Pada tahun 2010, hasil survey kepuasan pasien/warga pengguna layanan mencapai sebesar 95%. Sedangkan tahun 2011, tingkat kepuasan pasien mengalami kenaikan mencapai 97,31% warga yang menyatakan puas terhadap layanan.

Sedangkan untuk bentuk kunjungan untuk ibu nifas³ dilakukan dengan pembagian waktu sebagai berikut: 2 (dua) hari pertama setelah melahirkan, 3-7 (tiga-tujuh) hari setelah melahirkan, 8-28 (delapan-dua puluh delapan) hari setelah melahirkan, 29-42 (dua puluh sembilan-empat puluh dua) hari setelah melahirkan. Kunjungan ini juga didorong oleh adanya program Jampersal dari Pemerintah Pusat.

³ Tahun 2011 Kunjungan nifas harus dikunjungi selama 3 kali setelah proses persalinan, sedangkan tahun 2012 kunjungan untuk ibu nifas dilakukan sebanyak 4 kali.

Kunjungan ini juga disesuaikan dengan pelaksanaan kegiatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS), yang dilakukan 2 (dua) kali dalam setahun. Kegiatan ini dalam rangka menyampaikan informasi ke masyarakat dan menerima keluhan masyarakat. Khusus untuk tahun ini, kegiatan tersebut akan diintegrasikan dalam kegiatan-kegiatan lapangan GSC (Generasi Sehat dan cerdas, merupakan bagian dari program PNPM Generasi). Integrasi ini juga termasuk dalam hal peningkatan kapasitas dan pemberdayaan kader, serta penguatan rantai komunikasi dan koordinasi antara petugas medis puskesmas dengan kader.

Masalah ketersediaan tenaga kesehatan atau perawat di tahun lalu, 2011, disiasati dengan perekrutan dan penyediaan tenaga kader terlatih dan/atau perawat magang di puskesmas. Tantangan lain dalam hal penyediaan tenaga kesehatan bagi Dinas Kesehatan dan puskesmas adalah proses rotasi dan mutasi tenaga-tenaga kesehatan, karena proses rotasi tersebut dipegang oleh BKD. Sehingga acap kesulitan dalam mengorganisir tenaga-tenaga kesehatan yang dimiliki.

Tantangan lain dari pelayanan kesehatan di Lombok Barat adalah belum bagus dan meratanya jaringan infrastruktur jalan yang menghubungkan seluruh desa dan kecamatan. Sehingga masih banyak desa-desa yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan yang baik.

III. PERAN COMMUNITY CENTER DALAM PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN.

Upaya perbaikan kualitas pelayanan publik menjadi perhatian dari masyarakat sipil pula. Seperti yang telah dilakukan oleh Jaringan Masyarakat Sipil (JMS) Lombok Barat. Upaya fenomenal JMS tersebut, salah satunya, adalah mendorong pembentukan dan penetapan peraturan daerah tentang pelayanan publik. Kegiatan advokasi kebijakan publik ini telah dilakukan sejak 2006 hingga 2007. Dan berhasil menjadikan prakarsa advokasi ini sebagai hak inisiatif DPRD Lombok Barat. Akan tetapi, disebabkan mening-

katnya suhu politik parlemen, terjadinya disintegrasi politik ditubuh DPRD paska dipenjaranya Bupati Lombok Barat waktu itu karena korupsi, menyebabkan proses advokasi dihentikan. Padahal waktu itu sudah berhasil mendapatkan dukungan dari 5 fraksi, melalui penandatanganan kontrak politik.

Seiring dengan kerja-kerja advokasi kebijakan perda tersebut, pengorganisasian komunitas juga tetap dilakukan. Pengorganisasian komunitas ini merupakan bagian dari sebuah program JMS, yang dikelola oleh Solidaritas Perempuan, bekerja sama dengan PATTIRO, dengan dukungan pendanaan dari ACCESS. Program yang berjalan pada tahun 2006 ini bermaksud untuk mengorganisir pembentukan *Community Centre*; sebuah forum warga ditingkat desa. Pembentukan *Community Center* (disingkat CC) ini merupakan bagian utama dari program Mekanisme Komplain dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik di Kabupaten Lombok Barat.

Pada mulanya, CC yang diorganisir terdapat di 4 (empat) desa, yang merupakan wilayah program tersebut. Ke-4 (empat) desa itu adalah: desa Kekerri, Senteluk, Gerung Selatan, dan Nyurlembang. Dan saat ini telah berkembang hingga mencapai CC di 13 (tiga belas) desa, di 7 (tujuh) kecamatan. Pengembangan jumlah CC dan pendampingannya dilakukan secara berkelanjutan oleh Solidaritas Perempuan, sebagai anggota dari Jaringan Masyarakat Sipil (JMS) Lombok Barat.

Ke-13 (tiga belas) desa tersebut adalah desa Senteluk Kecamatan Batulayar, Sandik Kecamatan Batulayar, Kekerri Kecamatan Gunung Sari, Tanah Beak Kecamatan Narmada, Nyiurlembang Kecamatan Narmada, Mambalan Kecamatan Gunung Sari, Montong Are Kecamatan Kediri, Ombe Baru Kecamatan Kediri, Babussalam Kecamatan Gerung, Gerung Selatan Kecamatan Gerung, Kuripan Utara Kecamatan Kuripan, Kuripan Selatan Kecamatan Kuripan, dan Giri Sasak Kecamatan Kuripan.

Keberadaan CC ini berawal dari kegiatan kajian kondisi pelayanan publik di Kabupaten Lombok Barat. Kajian ini untuk

mengidentifikasi kondisi pelayanan publik dan faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut. Jenis-jenis pelayanan publik yang dikaji, diantaranya, adalah pelayanan pendidikan dan kesehatan. Hasil kajian itu dibahas bersama dengan warga, melalui Diskusi Kelompok Terfokus (*Focus Group Discussion*, FGD) di 4 (empat) desa. Dari proses dan usulan hasil FGD tersebut muncul keinginan partisipan untuk mengorganisir dan mengembangkan pusat pengaduan masyarakat (saat itu disebut dengan *Community Center*, atau CC), yang mudah diakses dan dekat dengan masyarakat desa.

Keberadaan CC ini merupakan bagian penting dan utama dari format mekanisme komplain yang dikembangkan dari kajian tersebut. Upaya-upaya Pemda dalam meningkatkan mutu pelayanan publik yang telah dilakukan selama ini belum efektif. Bahkan cenderung tidak konsisten dan komprehensif. Keberadaan CC yang diorganisir ditingkat desa menjadi unsur penting intervensi dan prakarsa masyarakat sipil dalam memberikan dorongan dan dukungan kepada upaya Pemda tersebut. Kelemahan dalam sistem monitoring kinerja pelayanan publik Pemda dan sarana pengaduan masyarakat yang telah disediakan ditutup oleh kesediaan masyarakat desa untuk menyediakan lembaga pengaduan dan pusat informasi dikalangannya sendiri.

Kedekatan warga desa dengan CC membuat wahana pengaduan yang diorganisir masyarakat sipil ini tidak berjarak dengan penerima-manfaat layanan. Sehingga wahana pengaduan ini mudah diakses dan tanpa dipungut biaya. Bahkan para pengelola CC juga tidak mendapatkan honor atau bayaran dalam kerja-kerjanya selama ini. Bahkan untuk beli bensin para pegiat CC ini merogoh dari kantongnya sendiri. Sehingga sesungguhnya basis nilai dari praktik pelayanan pengaduan oleh CC ini adalah kerelawanan.

Berbagai pengaduan yang diterima CC dari warga diolah dan dibahas dalam pertemuan internal CC. Jika disepakati bahwa penyelesaian hanya dalam lingkup desa saja, maka CC akan menyelesaikan secara mandiri dengan mengajak pemerintah desa (baca: RT sampai kades dan atau kadus) untuk menyelesaikan masalah

tersebut. Jika pengaduan yang masuk butuh penyelesaian dilingkup yang lebih tinggi, seperti kecamatan atau kabupaten, maka CC dapat menghubungi JMS. Melalui Forum Dialog Lintas Desa, atau arisan CC, yang difasilitasi JMS⁴, pengaduan warga tersebut akan dibahas bersama. Apabila kasus atau kondisi tersebut juga dialami oleh banyak desa, maka pengaduan warga tersebut dapat menjadi bahan advokasi bersama. Salah satu cara advokasi yang terbilang efektif selama ini adalah melakukan dialog dan audiensi dengan instansi Pemda yang memberikan pelayanan publik. Namun, apabila belum berhasil, maka akan dilakukan upaya lain, seperti menggalang jaringan dukungan atau koalisi. Baik dengan melibatkan warga yang lebih besar, maupun dengan wartawan.

Dalam perkembangannya, fungsi CC tidak hanya menjadi wahana pengaduan pelayanan publik. Lebih dari itu, CC sudah berhasil pula dalam memainkan peran sebagai pusat informasi warga, dan sekaligus wahana pembelajaran bersama, dari warga, oleh warga, dan untuk warga.

Dari sisi kelembagaan, tidak seluruh CC memiliki kelembagaan formal dan tertata rapi, sebagaimana layaknya sebuah organisasi modern. Saat ini dari 13 (tiga belas) CC yang terbentuk, 6 (enam) CC telah memiliki struktur kepengurusan dan mekanisme kerja secara formal dan cukup rapi⁵. Dalam struktur CC itu terdapat ketua, sekretaris, bendahara, divisi pengaduan, divisi informasi, dan divisi pemberdayaan warga. Keenam CC tersebut adalah: Keker, Senteluk, Babussalam, Gerung Selatan, Mambalan, dan Ombe Baru. Sementara untuk 7 (tujuh) CC yang lain lebih memilih dalam

⁴ Forum Dialog Lintas Desa (FDLD) dilakukan tiap 3 (tiga) bulan sekali dan arisan CC dilakukan sebulan sekali. Partisipan dalam FDLD adalah CC dan warga. Dalam FDLD terkadang menghadirkan narasumber dari SKPD, seperti Dinas Kesehatan dan Dinas Dukcapil. Sedangkan arisan CC melibatkan anggota CC saja. Arisan disini maksudnya adalah berbagi ilmu maupun sumber daya, sehingga dalam arisan CC setiap peserta yang hadir wajib membawa bekal sendiri, seperti makanan, minuman, ilmu, dan pengalaman untuk dibagikan kepada peserta yang hadir.

⁵ Ketataorganisasian dari CC, salah satunya, nampak dari adanya pertemuan internal yang diselenggarakan secara berkala, setiap 3 bulan sekali. Kegiatan ini telah dilakukan di CC Imbas Bersinar Desa Babussalam, CC Banyu Gentar Desa Nyurlembang, CC Mandiri Desa Keker, dan CC Peduli Masyarakat Desa Gerung Selatan. Forum internal ini digunakan sebagai wahana menyampaikan perkembangan dan kemajuan CC kepada para anggotanya, dan juga menyusun rencana kerja tiga bulan berikutnya.

bentuk gerakan atau organisasi paguyuban yang sifatnya cair. Seperti memfungsikan Forum Kadus sebagai CC.

Meskipun telah memiliki struktur kepengurusan dan mekanisme kerja, namun ketokohan tetap memegang peran penting bagi keaktifan sebuah CC. seperti yang disampaikan oleh ibu Mahariyah (dari Desa Kekeri) dan Ibu Hajriyah (Desa Babussalam).

Bagi Ibu Mahariyah, keberadaan CC itu tidak begitu diketahuinya dengan baik. *“Saya nggak tahu apa itu CC. Yang saya tahu Ibu Gandu,”* ujarnya. Demikian pula yang diketahui oleh ibu Hajriyah. *“Ndek nuah arak pertemuan ibu ... Ape no cc. Tanwir doang tiang tao.”* (Tidak pernah ada pertemuan ibu..tidak tahu apa itu CC, yang saya tahu cuma Tanwir)

Bagi mereka, keberadaan dari para pegiat CC, seperti Ibu Gandu (CC Mandiri, Desa Kekeri) dan Bp Tanwir (CC Imbas Bersinar, Desa Babussalam) sangat terasa dan sangat bermanfaat. Apalagi jika mereka sedang menghadapi masalah-masalah yang berhubungan dengan pelayanan dari instansi Pemda, seperti puskesmas, kantor desa, RSPD, atau Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil. Oleh karena itu, Ibu Hajriyah mengusulkan agar nama CC diganti dengan bahasa setempat. Misalnya Balai Warga.

Selain dari sisi formalitas, kelembagaan CC ternyata juga dapat dilihat dari sisi keberasan lembaga. Kebanyakan merupakan lembaga yang memang dibentuk khusus sebagai CC. namun ada pula yang dibentuk melalui revitalisasi lembaga sosial yang telah hidup dan tumbuh di masyarakat desa itu. Salah satu contohnya, CC Desa Mambalan.

CC desa ini merupakan revitalisasi fungsional dari lembaga adat desa tersebut. Lembaga adat, dengan nama generik, Sangkep ini merupakan lembaga adat dari masyarakat budaya Suku Sasak. Pada mulanya, lembaga adat yang dihidupkan kembali pada tahun 2003 ini, hanya mengurus prosesi adat istiadat dalam perkawinan, sunatan, dan kegiatan seremonial lainnya. Namun, pada tahun 2009, dengan intervensi pendampingan dari JMS, lembaga adat

Desa Mambal ini bertambah fungsi sosialnya menjadi sebuah Community Center. Sebagaimana pernyataan ketua CC Mambalan, Bp Raden; *“Nggak usah buat lembaga baru. Lembaga adat kita pakai. Kalau dulu lembaga ini hanya untuk mengurus perkawinan, sekarang semua (persoalan warga) kita urus. Yang paling banyak soal KDRT dan kekerasan terhadap anak. Tadi saya urus soal perceraian di PA.”*

CC Desa Mambalan, yang bernama Titisan Gempeng Gumi Mambal/Paer Mambal, telah bekerja menangani banyak persoalan sosial, kriminal, dan budaya. Seperti kasus pemerkosaan, perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, pencurian, dan komplain warga terhadap beaya administrasi KUA dan Peradilan Agama.

Secara struktur kepengurusan, para sesepuh adat ditempatkan sebagai Dewan Panglisir, yang terdiri dari Ketua Pemangku Adat, sekretaris, bendahara, dan anggota. Didalamnya, juga melibatkan tokoh-tokoh agama dan tokoh pemuda.

Dari contoh CC Desa Mambalan itu dapat disimpulkan bahwa fungsi CC, secara faktual dan operasional, tidak hanya menjadi wahana advokasi pengaduan pelayanan publik dan media pembelajaran bersama. CC juga berperan besar dalam mediasi konflik, resolusi sosial, penyelesaian sengketa non litigasi.

Disinilah keunikan dari CC yang tidak mempunyai batasan terhadap jenis pelayanan publik yang diadukan. Semua jenis pelayanan publik dapat diadukan dan dikeluhkan oleh warga kepada atau melalui CC ini. Baik yang terkait dengan layanan kesehatan, pendidikan, administrasi kependudukan, layanan listrik PLN, layanan air minum PDAM, kasus-kasus KDRT, kasus-kasus trafficking, dan lain sebagainya.

Beberapa contoh kasus yang telah ditangani oleh CC adalah: (i). Kasus sengketa warga, orang tua siswa, dengan pihak sekolah yang difasilitasi oleh CC Desa Babussalam; (ii). kasus akses layanan administrasi seperti akta nikah oleh KUA Kecamatan Kediri dan Kuripan, akta kelahiran, KTP, dan KK instansi Dispendukcapil, Pemda, yang difasilitasi oleh CC Desa Ombe

Baru dan Desa Tanak Beak; dan (iii). Kasus kekerasan terhadap perempuan, yang ditangani oleh pihak polsek dan RSUD Tripatit Gerung, dan difasilitasi atau didampingi oleh CC Desa Keker dan Desa Mambalan.

Disamping mediasi kasus, CC bekerja pula untuk advokasi pengaduan pelayanan publik. Seperti yang telah dilakukan pada akhir 2010. Kerjasama antara 13 CC dengan JMS dalam melakukan advokasiperubahan kebijakan, berupa pencabutan Surat Edaran Assisten I tentang tidak berlakunya SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) dalam pelayanan kesehatan di Lombok Barat, tertanggal 19 Nopember 2010, dengan nomor: 440/428/ Ks.Gs/xi/2010. SE Asisten I itu berhasil dicabut setelah dilakukan beberapa kali hearing dengan DPRD dan Bupati. Dan akhirnya pada 22 Desember 2010 keluar Surat Edaran dengan nomor: 440/77/XI/Adm.Kesra/2010 untuk mencabut SE sebelumnya⁶.

Advokasi lainnya seperti yang telah dilakukan oleh CC Mandiri, Desa Keker, yang telah menyusun, menyepakati, dan menandatangani *MoU* dengan Puskesmas Penimbung, pada 23 Januari 2007⁷. Sehingga dapat membantu warga yang sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Salah satunya, dengan menfasilitasi warga yang sakit jiwa untuk memperoleh bantuan Jamkesda sehingga memperoleh perawatan di RS Jiwa.

⁶ Berawal dari informasi dari warga bahwa ada warga (Saudara Edwin yang menderita Kencing Batu) yang ditolak saat menggunakan SKTM untuk berobat di RSPD Gerung. Warga lalu bertanya kepada CC Imbas Bersinar Desa Babussalam soal tidak berlakunya SKTM. Bersama CC tersebut, JMS menghubungi seluruh CC untuk mengumpulkan fakta dan data soal kebenaran hal itu di 12 desa lainnya. Dan ternyata dialami situasi ini juga dihadapi oleh semua warga desa lain. Maka JMS mengajak warga dan CC untuk melakukan hearing kepada DPRD dan menyampaikan keberatan warga perihal dihentikannya kepemilikan SKTM sebagai syarat keringanan beban biaya kesehatan. Dari pertemuan hearing antara JMS bersama 12 CC dan 12 warga, dengan DPRD Kabupaten Lombok Barat diketahui bahwa pihak DPRD dan Bupati tidak mengetahui dan juga tidak menyetujui adanya kebijakan tersebut. Dikarenakan dalam rentang seminggu belum ada perkembangan dari DPRD, JMS bersama CC dan warga melakukan pertemuan hearing kedua untuk mendesak DPRD. Setelah 5 (lima) hari dari waktu hearing kedua terbit Surat Sekda untuk mencabut kebijakan pencabutan SKTM sebagai syarat keringanan biaya kesehatan.

⁷ Keberhasilan *MoU* dengan Puskesmas Penimbung ini diikuti dengan terjalinnya kemitraan antara Pegiat CC Mandiri, Desa Keker dan Lembaga Adat Paer Mambalan, Desa Mambalan dengan Puskesmas tersebut dalam pelayanan posyandu.

Pembuatan *MoU* antara Puskesmas dengan CC ini juga dilakukan di beberapa desa lainnya. Seperti CC Peduli Masyarakat, Desa Gerung Selatan dengan Puskesmas Gerung (pada 5 februari 2007), CC Banyu Gentar, Desa Nyiurlembang dengan Puskesmas Narmada (pada 25 Januari 2007), dan CC Pade Angen, Desa Senteluk dengan Puskesmas Meninting.

MOU CC dengan puskesmas tersebut bermuatan hal-hal berikut:

- Jam kerja Puskesmas 08.00–13.00, kecuali UGD dan rawat inap yang wajib buka 24 jam.
- Selama jam kerja puskesmas tidak boleh ada kegiatan di luar pelayanan puskesmas.
- Ada daftar pelayanan yang dijamin bagi warga miskin pengguna Askeskin.
- Pengaduan dapat dilakukan secara lisan dan surat secara berjenjang, bahkan dapat pula melalui SMS (khusus di Puskesmas Gerung).
- Pengaduan yang masuk harus segera mendapatkan respon atau pertanggungjawaban kepada masyarakat.
- Apa yang belum diatur, apabila dibutuhkan, akan menjadi lampiran dari kesepakatan ini.

Pengaruhnya cukup signifikan bagi warga desa. Setelah *MoU* pelayanan puskesmas menjadi lebih baik, lebih responsif, dan ramah kepada warga desa yang miskin sekalipun. Beberapa keluhan sudah tidak ada lagi terdengar, seperti tidak ada petugas medis di waktu buka puskesmas, kekurangan obat, diskriminasi layanan bagi pemegang SKTM/Jamkesmas/Askeskin, kerumitan pengurusan mendapatkan kartu Jamkesmas/Askeskin. Akan tetapi, pengaruh positif perubahan sikap dan pelayanan puskesmas ini tidak dirasakan oleh warga desa lain, diluar desa dari CC yang membuat *MoU* dengan puskesmas.

Sebagai contoh, seperti yang diungkapkan Bp Tanwir, Pegiat CC Imbas Bersinar, warga Desa Babussalam, yang termasuk wilayah kecamatan Gerung. Meskipun satu kecamatan, namun karena CC desa lain yang membuat *MoU* dengan Puskesmas Gerung, yakni CC Peduli Masyarakat, Desa Gerung Selatan, maka perlakuan dan sikap pelayanan Puskesmas nampak berbeda. Sehingga warga desa Babussalam jarang berobat ke puskesmas itu. Dan malah seringkali berobat ke puskesmas lain kecamatan.

Situasi ini diperkuat oleh hasil survei dampak *MoU* Puskesmas, yang dilakukan JMS⁸. Survei yang dilakukan terhadap 4 puskesmas yang telah mengikat *MoU* dengan masyarakat, dan ditambah dengan 2 puskesmas lain yang belum ada *MoU* menunjukkan afirmasi terhadap situasi yang dikeluhkan tersebut.

Berikut tabel dibawah ini menunjukkan tingkat kepuasan warga pengguna layanan terhadap pelayanan yang disediakan oleh puskesmas-sasaran survei.

Kepuasan Pengguna Layanan Puskesmas	Puskesmas Meninting		Puskesmas Penimbung		Puskesmas Narmada		Puskesmas Gerung		Puskesmas Kediri		Puskesmas Sedayu Kuripan	
	Jmh	%	Jmh	%	Jmh	%	Jmh	%	Jmh	%	Jmh	%
Sangat Baik	12	24	5	10	8	16	7	14	5	11	4	10
Baik	21	42	22	44	16	32	13	26	11	24	18	48
Cukup Baik	13	26	19	38	17	34	17	34	20	45	10	26
Buruk	2	4	4	8	7	14	8	16	8	18	3	8
Sangat Buruk	2	4	0	0	2	4	5	10	1	2	3	8

⁸ Survey dilakukan selama 1 (satu) bulan, mulai tanggal 1 s/d 30 Agustus 2010. Pelaksana survey adalah CC bersama warga, dengan pengembangan tools survei dibuat oleh JMS Lobar. Jumlah responden adalah 25 responden dimasing-masing desa dengan perbandingan responden 60% perempuan dan 40% laki-laki. Sasaran survei ini adalah warga miskin, ibu rumah tangga, dan petugas puskesmas. Survei ini menjangkau 12 (dua belas) desa di 6 (enam) kecamatan, di dalam wilayah kerja JMS. Tools survei dibuat untuk kepentingan melihat efektifitas *MoU* CC dengan Puskesmas, dan untuk menajaki penyusunan *MoU* dengan Puskesmas Kediri dan Kuripan.

Dilihat dari tabel diatas, kepuasan tertinggi ada pada Puskesmas Sedayu Kuripan. 48% pengguna layanannya mengatakan kepuasan terhadap pelayanan puskesmas ini. Disusul kemudian oleh Puskesmas Penimbung, yang mendapatkan apresiasi positif dari 44% responden.

Layanan yang masih dinilai sangat buruk, dari 10 % dari total responden pengguna layanannya adalah Puskesmas Gerung. Bagian yang dinilai buruk disini terkait dengan dua hal: akses ke puskesmas ini yang terbilang jauh dari desa-desa yang menjadi wilayah tanggungjawabnya, dan perihal kerja petugas dibagian apotik yang tidak ramah serta bidan desa di desa Babussalam yang sering tidak ada ditempat (Polindes). Situasi ini berbeda dengan yang dialami warga desa Gerung Selatan, yang CC-nya telah membuat *MoU* dengan puskesmas tersebut.

Apabila dilihat dari puskesmas yang telah memiliki *MoU* dengan CC, maka hanya Puskesmas Meninting saja yang paling banyak, 24% responden, mendapatkan penilaian sangat memuaskan.

Dari 283 responden yang berhasil disurvei oleh JMS, ternyata sebagian besar masih mengeluhkan kebersihan dan kesehatan dari toilet puskesmas. Toilet ini adalah toilet untuk pengguna layanan, yang ternyata banyak yang tidak bersih, tidak dibersihkan secara reguler, dan tidak ada perangkat yang memadai didalamnya.

Fasilitas Yang Dikeluhkan	Jumlah Responden	Persentase (%)
Tempat Parkir	26	9
Loket	31	11
Ruang Tunggu	28	10
Ruang Periksa	8	3
Toilet	190	67

Situasi ini tentu mengherankan mengingat puskesmas adalah unit layanan kesehatan yang sudah semestinya lebih dapat memperhatikan kebersihan dan kesehatan sarana, prasarana, dan lingkungannya.

Berdasarkan situasi tersebut, CC bersama dengan JMS mendorong terbentuknya sebuah MoU ditingkat kabupaten, yang dapat mengikat seluruh puskesmas tanpa kecuali agar memberikan pelayanan kesehatan kepada warga tanpa memandang asal desa atau komunitasnya. Dari advokasi bersama tersebut berhasil disepakati adanya *MoU* antara Dinas Kesehatan Lombok Barat dengan JMS tentang partisipasi warga dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat.

MoU atau Nota Kesepakatan ini dimaksudkan sebagai garis pandu bagi warga masyarakat Lombok Barat, melalui JMS, dan Dinas Kesehatan, dalam bertindak dan menetapkan berbagai regulasi di internal masing-masing. Dan *MoU* ini bertujuan untuk: (1). Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan; (2). Meningkatkan penanganan keluhan; (3). Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan melalui *Community Centre* (CC); dan (4). Meningkatkan komunikasi dan informasi mengenai pelayanan kesehatan antara masyarakat dengan pemberi layanan.

Yang menarik pada *MoU* ini ada pada ruanglingkupnya. *MoU* ini tidak hanya menangani persoalan pengelolaan pengaduan atau keluhan dari warga terkait pelayanan kesehatan. Namun, juga berkaitan dengan pengelolaan informasi publik di lingkungan Dinas Kesehatan, dan pengambilan keputusan terkait pelayanan kesehatan tersebut. Sehingga *MoU* ini merupakan dorongan bagi Dinas Kesehatan dan instansi pelayanan kesehatan dibawahnya untuk menjadi badan publik terdepan dalam implementasi UU KIP dan UU Pelayanan Publik di Lombok Barat. Bahkan di Provinsi NTB.

Isi dari *MoU* tersebut terdiri dari dua bagian. Kedua bagian tersebut merupakan semacam pembagian tugas dan kewajiban bagi

masing-masing pihak; pihak JMS yang ditempatkan atau mengklaim dirinya sebagai representasi warga, dan pihak Dinas Kesehatan Lombok Barat.

Pada bagian JMS, disepakati menjadi tanggungjawab JMS untuk melakukan edukasi kepada warga masyarakat melalui penguatan dan pendampingan *Community Center* (CC) agar warga dapat:

- Menyampaikan keluhan secara santun dan konstruktif.
- Mentaati aturan administrasi yang telah ditetapkan oleh unit layanan.
- Mentaati nasehat/saran yang diberikan oleh dokter/tenaga medis.
- Menjadi motor penggerak bagi masyarakat melalui *transfer of knowledge*.
- Membantu menyebarkan informasi kepada masyarakat.

Sedangkan tanggungjawab Dinas Kesehatan dan RSUD adalah menyediakan dan membuka ruang dalam wujud:

- Adanya pertemuan dengan warga setidaknya-tidaknya satu kali dalam satu tahun, sebagai ruang komunikasi, penyampaian keluhan, perencanaan program, dan evaluasi bersama.
- Adanya ruang, mekanisme, dan petugas khusus untuk menerima keluhan atas layanan yang diberikan oleh unit layanan kesehatan.
- Adanya ruang dan petugas khusus untuk penyampaian, penyediaan, dan permintaan informasi.

MoU yang ditandatangani dan disepakati pada 29 Desember 2011 ini menjadi *milestone* bagi perbaikan pelayanan kesehatan di Lombok Barat. Dan dapat menjadi sebuah praktik yang mesti ditiru oleh daerah-daerah lainnya.

Dari adanya *MoU* antara CC dengan Puskesmas, 2009, dan *MoU* antara JMS dengan Dinas Kesehatan, 2011, menunjukkan betapa penting dan strategisnya peran dan kedudukan dari CC didalam menjalankan fungsi-fungsi penanganan pengaduan dan advokasi

pelayanan publik. Keaktifan dan kebermanfaatan CC terhadap warga membuat CC makin dipercaya warga dan mendapatkan semacam legitimasi sosial, dan bahkan ada dukungan finansial dan barang, kepada CC tersebut.

Ibu Kustiyah, Ketua CC Desa Keker.

Sejak tahun 2007 sampai dengan 2012, saya menjadi ketua CC. Banyak warga yang melapor kepada CC, seperti kasus KDRT, masalah jamkesmas/askeskin, masalah TKW bermasalah. Kasus KDRT cukup banyak, sebanyak 7 orang. Banyak pula masalah jamkesmas, dan raskin.

Pada Desember 2010, ada warga yang ditolak RSPD Gerung untuk periksa sakit kencing batu yang sudah dideritanya 2 tahun. Padahal sudah dia tunjukkan SKTM. Ternyata sejak November 2010 telah keluar Surat Edaran dari Asisten I tentang penghentian pendanaan SKTM kesehatan. Karena itu, pihak RSUD menolak menerima Edwin, warga yang sakit kencing batu itu. Kami, bersama dengan teman-teman dari 12 CC lainnya dan JMS melakukan hearing ke DPRD dan Bupati beberapa kali untuk meminta agar Surat Edaran itu dicabut. Akhirnya, Sekda mengeluarkan Surat Edaran tentang Pencabutan Surat Edaran tersebut. Dan akhirnya Edwin pun mendapatkan pelayanan kesehatan untuk operasi penyakit kencing batunya.

Legitimasi dan dukungan tersebut antara lain berupa dukungan pendanaan dari APBDes dan dari iuran warga desanya. Seperti CC Desa Keker, yang dijadikan sebagai program dari rencana kerja Pemdes untuk jangka menengah (atau RPJM Desa Keker), sehingga mendapatkan bantuan dana Rp. 1.000.000,00 dan lemari dari anggaran Alokasi Dana Desa (ADD). Untuk CC Desa Mambalan, mendapatkan dukungan pendanaan dari ADD/APB Desa sejumlah Rp 3.000.000,00. Dan CC Desa Babussalam memperoleh hal yang sama sebesar Rp 1.500.000,00.

Dukungan formal dari ADD/APBDes ini masih bersifat temporal. Situasi ini berbeda dengan alokasi belanja anggaran desa

untuk karang taruna, PKK, dan lainnya yang secara berkala, tiap tahun, mendapatkan pendanaan. Oleh karena itu, mesti ada advokasi, baik dari CC itu sendiri, dari warga penerima-manfaat CC, dan dari JMS, untuk mendorong adanya alokasi anggaran desa secara permanen. Menurut usulan Bapak Raden Rais menyampaikan: *“Kedepan Pemerintah agar memberikan kontribusi untuk keberlanjutan lembaga ini, ... melalui diberikannya nomerklatur sendiri, supaya (dapat) dianggarkan dalam APBD.”* Sehingga jaminan kerja CC tidak hanya tergantung kepada pendampingan dari JMS. Dan CC dapat bekerja secara berkelanjutan.

Untuk menjaga koordinasi dan meningkatkan kerjasama dan pembelajaran bersama diantara CC, setiap bulan telah dilakukan forum evaluasi dan dialog. Selain itu, diselenggarakan pula Forum Dialog Lintas Desa (FDLD) setiap 3 bulan sekali, untuk mengidentifikasi dan merumuskan strategi advokasi bersama. Hasil-hasil diskusi ini akan menjadi bahan atau agenda advokasi kolaborasi CC dengan JMS.

Dari rangkaian diskusi tersebut, muncul gagasan untuk menyelenggarakan forum-forum pertemuan *multistakeholder*, terutama antara pemda dengan warga masyarakat, terkait dengan isu-isu dan problem-problem pelayanan publik. Forum *multistakeholder* tersebut dikembangkan dengan basis kelembagaan adat yang hidup di Lombok Barat.

Ditingkat desa, dihidupkan kembali lembaga adat Sangkep. Adat ini merupakan forum pertemuan untuk pembahasan bersama, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah-masalah yang dihadapi warga.

Disamping lembaga adat Sangkep, dikembangkan pula forum pertemuan adat ditingkat kabupaten. Forum pertemuan adat ditingkat kabupaten itu ada dua; forum dialog untuk penyampaian pengaduan kepada instansi penyedia layanan dan penyelesaiannya ditingkat kabupaten (forum Gawe Rapah), dan forum dialog untuk evaluasi pembangunan dan pelayanan publik instansi pemda (fo-

rum Rebag Jangkih). Kedua forum ini telah diselenggarakan dan telah menghasilkan sebuah dokumen publik, bernama Komitmen Bale Kuwu. Dokumen ini merupakan kesepakatan bersama antara warga dan pemerintah Kabupaten Lombok Barat, yang ditandatangani oleh Bupati, tokoh adat, tokoh agama, kepala SKPD, LSM dan warga. Penandatanganan tersebut dilaksanakan saat penutupan forum Gawe Rapah Warga pada tanggal 16 Februari 2011.

Adanya Komitmen Bale Kuwu ini mendorong dan memastikan komitmen Pemda Lombok Barat untuk memperjuangkan nilai-nilai TKLD (Tata Kepemerintahan Lokal yang Demokratis). Ada 4 point dalam Bale Kuwu yang berhasil disepakati bersama dan ditandatangani oleh stakeholders Lombok Barat, yaitu: 1). Perencanaan dan penganggaran yang partisipatif, transparan, akuntabel, dan berpihak kepada masyarakat miskin dan perempuan; 2). Pengelolaan Informasi Publik harus sederhana, mudah, dan murah; 3). Pelayanan Publik harus berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur; 4). Masyarakat miskin, perempuan, dan kelompok rentan tidak boleh diperlakukan secara diskriminatif.

Tantangannya ke depan adalah menjadikan kedua forum tersebut selaras dan sinkron dengan proses perencanaan pembangunan dan penganggaran daerah yang secara nasional dilakukan melalui musrenbang. Agenda ini akan dilakukan ke depan oleh JMS, bersama-sama dengan jaringan CC.

Selain revitalisasi lembaga adat ditingkat desa dan kabupaten, upaya peningkatan kualitas pelayanan publik juga dilakukan melalui revitalisasi lembaga adat ditingkat dusun. Lembaga adat itu bernama "*awiq-awiq*". Lembaga adat ini berupa sebuah peraturan dusun yang dibahas dan ditetapkan secara bersama dan melibatkan para pegiat komunitas, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan juga warga dusun pada umumnya. Sehingga setiap kali ada penetapan sebuah *awiq-awiq*, selalu dilampiri oleh berita acara penetapan dan daftar hadir peserta penyusunan *awiq-awiq* tersebut.

Saat ini pengembangan lembaga adat *awiq-awiq* baru diselenggarakan di Desa Mambalan saja, dengan dorongan dan fasilitasi dari CC Lembaga Adat Paer Mambalan.

Awiq-awiq yang dibentuk ini mengatur tentang persoalan yang dinilai mendesak dan penting bagi komunitas dusun tersebut. Dan saat ini *awiq-awiq* yang berlaku adalah *awiq-awiq* tentang keamanan, ketertiban, kesehatan lingkungan, pendidikan, dan sosial kemasyarakatan lainnya. Menurut Bp Raden Rais (CC Lembaga Adat Paer Mambalan), "*Awiq-awiq dusun cukup efektif (untuk) mengatur soal kesehatan dan pendidikan (warga). Tidak lagi ada anak yang tidak sekolah dan tidak lagi (ada ibu) melahirkan di dukun. Tapi dukun sebagai mitra bidan.*"

Sebagai contoh adalah *awiq-awiq* Dusun Mambalan dan Dusun Batu Riti, Desa Mambalan, yang telah ditetapkan pada 9 Oktober 2009. Untuk *awiq-awiq* Dusun Mambalan telah diikuti oleh 45 orang warga dusunnya, dan *awiq-awiq* Dusun Batu Riti diikuti oleh 50 orang warga.

Didalam aturan adat *awiq-awiq* tersebut terdapat sistematika peraturan sesuai dengan sistematika hukum daerah pada umumnya. Sistematika *awiq-awiq* ini terdiri dari:

Bab	Perihal	Jumlah Pasal
Bab I	Ketentuan Umum	1 pasal
Bab II	Azas dan Tujuan	1 pasal, 2 ayat
Bab III	Hak dan Kewajiban Warga Dusun	4 pasal, 26 ayat

Didalam bab hak dan kewajiban warga dusun terdapat pula sanksi-sanksi yang disepakati. Sanksi-sanksi yang diberikan tidak terkait dengan sanksi hukum. Namun lebih kepada sanksi sosial dan denda. Sebagai contoh pada kewajiban ronda malam, pada kewajiban warga dusun untuk bidang keamanan dan ketertiban. Warga dusun yang tidak melaksanakan ronda malam dengan tanpa

alasan yang patut dimaklumi maka akan dikenakan denda Rp 10.000,-. Dan apabila tidak melaksanakan ronda malam 3 kali berturut-turut tanpa alasan yang jelas, maka akan dikenakan sanksi tidak dihadiri undangannya oleh warga dusun apabila yang bersangkutan mengadakan hajatan.

Bentuk-bentuk sanksi sosial yang ditetapkan dalam *awiq-awiq* ini adalah:

1. Sanksi teguran lisan dari kepala dusun, ketua RT, kepala Pustu, dan atau kader posyandu.
2. Sanksi tidak akan dihadiri undangannya oleh warga dusun apabila yang bersangkutan mengadakan hajatan.
3. Sanksi berupa denda uang.
4. Tidak diikutsertakan dalam undangan setiap ada hajatan warga.
5. Tidak diberikan bantuan atau pelayanan oleh aparat dusun atau desa.
6. Pengabaian terhadap pengaduan yang bersangkutan apabila sedang menghadapi masalah.
7. Ketiadaan kewajiban bagi aparat dusun dan desa untuk memberikan bantuan rekomendasi.
8. Ketiadaan kewajiban bagi aparat dusun dan desa, petugas pustu, serta kader posyandu untuk memberikan segala bantuan yang dibutuhkan yang berhubungan dengan fasilitas kesehatan.
9. Apabila tidak ikut mengeluarkan iuran dana sosial, maka yang bersangkutan tidak berhak menerima bantuan iuran dana sosial tersebut apabila suatu ketika mendapatkan musibah.
10. Sanksi sosial terakhir adalah melaporkan kepada aparat berwajib.

Ibu Hajriyah, Warga Desa Babussalam (Penerima Manfaat CC).

Tahun 2006, saya mengurus Akta Kelahiran 2 orang anak saya melalui calo yang bekerja sebagai staf kantor desa dan dipungut 175.000 untuk biaya 2 orang anak. Ternyata tidak pernah jadi. Biasanya masyarakat membuat dengan biaya 50.000. Saya sudah melapor ke kantor desa dan bertemu langsung dengan kepala desanya. Tetapi saya malah diminta ketemu dengan sekdes dan bendahara. Anak pertama kelas 2 SD dan anak kedua kelas 1 SD pada tahun 2006. Sampai 6 tahun tidak ada penyelesaian tersebut. Untuk biaya pembuatan akta kelahiran saya berhutang.

Awalnya saya bercerita sama Tanwir tentang akte kelahiran yang belum jadi. Akhirnya dibantu oleh Tanwir Dan sebanyak 3 orang yang diurus. Tanwir membantu menguruskan selama 2 hari dan selesai.

IV. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.**1. Kelembagaan dan Kepemimpinan.**

Kerja-kerja CC pada dasarnya digerakkan oleh tokoh-tokoh masyarakat dan atau aktivis-aktivis komunitas setempat. Daya topang CC secara keorganisasian dan daya ikatnya secara sosial memang tidak pada sebuah sistem kelembagaan, namun bertumpu kepada sebuah sistem atau struktur sosial kemasyarakatan. Dan sebuah struktur sosial digerakkan oleh tokoh-tokoh masyarakatnya.

Upaya untuk mendorong CC menjadi sebuah organisasi modern, dalam pengertian memiliki struktur organisasi dan mekanisme kelembagaan yang rapi dan operasional sesungguhnya tidak diperlukan. Jika pun dibutuhkan, lebih disebabkan supaya ada kejelasan struktural belaka. Lagi pula, basis nilai CC adalah kerelawanan dan partisipasi, sehingga tidak ada orientasi profit atau pun keuntungan finansial bagi keaktifan para aktivis komunitas atau tokoh masyarakatnya.

Istilah gamblang dapat dikutip disini pernyataan Bp Raden Rais, Ketua CC Lembaga Adat Paer Mambalan, Desa Mambalan, bahwa *"kita ini kan orang miskin (yang) bantu orang miskin."* Tidak

ada motivasi lain dari keberadaan CC ini kecuali sebuah upaya sosial warga untuk membantu masalah-masalah sosial yang dihadapi oleh warga komunitasnya sendiri.

CC bekerja tidak melalui mekanisme kerja sebuah organisasi modern (atau patembayan), namun melalui mekanisme layaknya sebuah lembaga sosial (atau paguyuban). Fleksibilitas CC juga dapat ditemukan tatkala mendapatkan permintaan pelaksanaan program-program dari JMS atau dari Pemda. Format organisasi selayaknya patembayan digunakan tatkala menjadi pelaksana program yang diberikan JMS atau Pemda. Sedangkan tatkala program tersebut selesai, efektivitas CC tetap terjaga secara fungsional dengan menggunakan format organisasi sebagai paguyuban.

Dengan demikian, keberlanjutan CC tidak terpengaruh oleh kepemimpinan ditingkat kabupaten maupun ditingkat pemerintahan desa. Bahkan CC memanfaatkan kepemimpinan struktural dan birokratik itu sebagai bagian dari upaya menyelesaikan persoalan-persoalan sosial yang dihadapi oleh warga komunitasnya. Salah satunya, seperti saat menghidupkan kembali aturan adat awiq-awiq. Sebuah regulasi komunitas ditingkat dusun yang tidak dikenal oleh hukum positif dan prosedur birokrasi pemerintahan di daerah. Agar dapat diterima maka pendekatan kultural menjadi 'ujung tombak' dari advokasi CC untuk meyakinkan aparat Pemda dan desa.

2. Asal Muasal Praktik Baik Pelayanan Publik.

Pembentukan *Community Center* di Lombok Barat merupakan prakarsa dari masyarakat sipil, dalam hal ini Solidaritas Perempuan dan Jaringan Masyarakat Sipil yang dilakukan sejak tahun 2006.

Dari pembentukan CC yang semula 4 desa telah berkembang menjadi 13 desa. Dan pada tahun mendatang direncanakan akan mencapai 20 desa.

Keberadaan CC ini secara langsung berdampak positif bagi komunitas desa. Selain tersedianya wahana informasi dan bantuan teknis bagi warga desa yang menghadapi persoalan pelayanan

publik, juga berdampak pada kelestarian adat-istiadat masyarakat berbudaya Sasak. Setidaknya, ditingkat desa, dengan mengambil contoh Desa Mambalan, dua lembaga adat telah berhasil direvitalisasi dan aktif hingga saat ini. Yakni kelembagaan adat ditingkat desa, yang juga merangkap sebagai CC, yaitu lembaga Adat Paer Mambalan, dan kelembagaan adat ditingkat dusun, yang berupa regulasi dusun, dengan nama *awiq-awiq*.

Hukum adat berupa *awiq-awiq* ini menguatkan fungsi dan kedudukan CC, serta mendorong inklusi sosial sebagai bagian perbaikan pelayanan publik yang belum mampu ditangani oleh instansi Pemda manapun. *Awiq-awiq* ini merupakan modal sosial komunitas adat yang diperkuat dan dikembangkan, melalui kesepakatan semi-formal, berupa berita acara kesepakatan penetapan *awiq-awiq* oleh warga setingkat dusun.

3. Partisipasi Masyarakat dan Kemitraan.

Partisipasi masyarakat melalui keberadaan CC merupakan wujud partisipasi yang cukup komprehensif. Pelaksanaannya tidak hanya terkait dengan penyelenggaraan pengaduan masalah pelayanan publik, terutama sektor kesehatan yang menjadi sorotan utama laporan ini. Partisipasi warga bahkan menyentuh bagian perbaikan substansi kebijakan dan memberikan dukungan pelayanan kesehatan secara langsung kepada warga komunitasnya (seperti memainkan peran sebagai Posyandu).

Tantangan ke depan adalah bagaimana menggunakan forum CC ini untuk dapat terlibat secara aktif dan massifterorganisir dalam forum-forum perencanaan pembangunan daerah dan penganggaran. Sehingga dapat memberikan koreksi, kontrol, dan pengawasan terhadap berbagai program pembangunan di desa dan kecamatannya. Dengan demikian problem-problem koordinasi program pembangunan lintas instansi atau tingkat pemerintahan dapat diatasi. Sebagai contoh problem koordinasi yang terjadi dalam pembangunan infrastruktur kesehatan Polindes antara PNPM dengan program APBD, di dusun Rebekan (PNPM) dan Gumise (Pemda) di Desa Gerung Selatan.

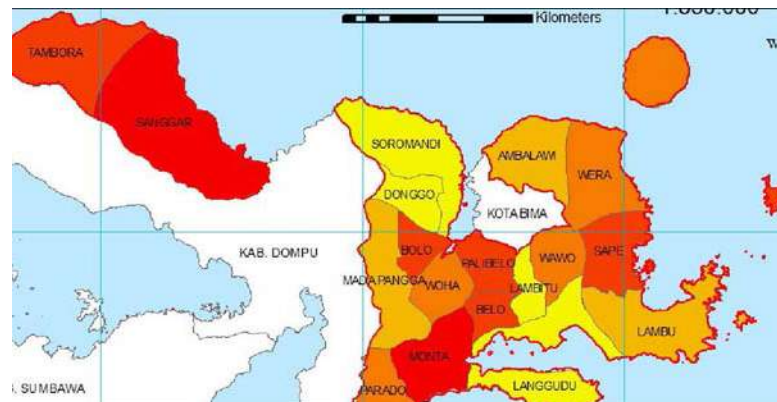


PEREMPUAN PENGGERAK PELAYANAN PUBLIK DI KABUPATEN BIMA

Oleh:

Edy H Gurning dan Enirawan

I. KONDISI KABUPATEN BIMA



Gambar 1. Peta Kabupaten Bima

Tepat tanggal 5 Juli 1640 M, Sultan Abdul Kahir dinobatkan sebagai Sultan Bima I yang menjalankan Pemerintahan berdasarkan Syariat Islam. Peristiwa ini kemudian ditetapkan sebagai Hari Jadi Kabupaten Bima yang diperingati setiap tahun. Pembentukan Kabupaten Bima ditetapkan berdasarkan Undang-undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat II dalam wilayah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur. Secara Administratif, Kabupaten Bima terdiri dari 14 kecamatan dan 150 desa, selanjutnya mengalami pemekaran pada tahun 2007 yakni sejumlah 18 kecamatan (Kecamatan Monta, Bolo, Parado, Madapangga, Woha, Belo, Langgudu, Wawo, Sape, Lambu, Wera, Ambalawi, Donggo, Sanggar, Tambora, Soromandi, Lambitu, dan Palibelo) dengan 168 desa.

Kecamatan Sape dan Woha merupakan kecamatan dengan jumlah desa terbanyak dibandingkan dengan kecamatan lain.¹ Saat ini, luas wilayah Kabupaten Bima mencapai 4.389,40 hektar, dengan perincian 54,36 persen hutan negara, 9,25 persen hutan rakyat. Luas lahan yang dipergunakan untuk persawahan relatif terbatas yakni sebesar 6,98 persen, kemudian 13,07 persen tanah tegal (baca: kebun). Tanah yang sementara ini tidak diusahakan mencapai 5,21 persen. Lainnya merupakan lahan tambak, kolam, perkebunan dan lain-lain. Kecamatan Sanggar dan Tambora merupakan kecamatan terluas di Kabupaten Bima, dengan luas masing-masing 720 Km dan 505 Km,² sementara dua kecamatan ini secara geografis dipisahkan dengan wilayah Kabupaten Bima lainnya oleh Kabupaten Dompu, sehingga jarak dalam mendapatkan pelayanan publik dari pemerintah Kabupaten Bima relatif jauh.

Secara demografis, Kabupaten Bima memiliki jumlah penduduk sebanyak 439.228 Jiwa dengan komposisi berdasarkan jenis kelamin yang relatif berimbang yakni terdiri dari 218.759 Jiwa laki-laki dan 220.469 perempuan. Kecamatan yang memiliki jumlah penduduk terbanyak yakni Kecamatan Sape sejumlah 53.064 jiwa

¹ Lihat www.bimakab.go.id

² Badan Pusat Statistik Kabupaten Bima, *Bima Dalam Angka*, 2011, halaman 3.

kemudian diikuti oleh Kecamatan Bolo sejumlah 44.259 jiwa, sedangkan jumlah penduduk paling sedikit yaitu Kecamatan Lambitu sejumlah 5.074 jiwa dan Tambora sejumlah 6.602 Jiwa.³ Untuk kepadatan penduduk, Kecamatan yang terpadat berada di Kecamatan Bolo yakni 661 jiwa/Km², diikuti oleh Kecamatan Belo yakni 557 jiwa/Km². Sedangkan wilayah kepadatan rendah berada di Kecamatan Tambora 11 jiwa/Km² kemudian diikuti oleh wilayah Kecamatan Sanggar yakni 25 jiwa/Km².⁴ kondisi ini dapat memberikan indikasi adanya perbedaan atau kesenjangan terkait ketersediaan infrastruktur, tingkat pelayanan wilayah serta keragaman kondisi geografis antar wilayah. Pada umumnya, wilayah yang memiliki jumlah penduduk yang banyak atau terpadat adalah karena wilayah tersebut memiliki ketersediaan infrastruktur yang memadai, tingkat pelayanan wilayah yang tinggi serta kondisi geografis yang terjangkau dengan posisi yang strategis, sedangkan wilayah dengan jumlah dan kepadatan penduduk yang rendah adalah dengan kondisi sebaliknya.

Di Kabupaten Bima, angkatan kerja yang terdaftar bekerja adalah angkatan kerja yang berstatus bekerja dan berstatus sementara tidak bekerja. Sedangkan pencari kerja terdaftar adalah angkatan kerja yang sedang mencari pekerjaan. Jumlah angkatan kerja yang dihitung pada usia 10 tahun ke atas sebanyak 234,450 orang yang terdiri dari yang bekerja sebanyak 246.013 orang dan yang tidak bekerja sebanyak 8.952 orang, dengan demikian tingkat pengangguran di Kabupaten Bima pada tahun 2005 sebesar 4.38%. Adapun angkatan kerja yang dihitung pada usia 15 tahun ke atas, tahun 2006, sebanyak 194,629 dengan tingkat pengangguran sebesar 8.21%.⁵

Keadaan ekonomi wilayah tergambar dari nilai PDRB. Nilai PDRB berlaku di Kabupaten Bima telah mencapai 3.069 milyar rupiah pada tahun 2010, jauh mengalami peningkatan dari tahun 2008

³ Ibid, halaman 96.

⁴ Ibid, halaman 97

⁵ *Opcit*, lihat www.bimakab.go.id

yang hanya sebesar 2.378 milyar rupiah. Sektor yang memberikan kontribusi terbesar terhadap pembentukan PDRB Kabupaten Bima pada tahun 2010 adalah sektor pertanian, sektor jasa-jasa dan sektor perdagangan, sementara sector industry belum terlalu berkembang, walaupun sebenarnya, sector ini memiliki potensi yang dapat memberikan kontribusi nilai tambah yang besar terhadap ekonomi masyarakat maupun ditingkat wilayah. Pertumbuhan ekonomi di Kabupaten Bima terus mengalami pertumbuhan positif selama periode 2008-2010. Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Bima pada tahun 2010 mencapai 4,54%, atau sedikit melambat dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang mencapai 6,46%.

II. SEKTOR KESEHATAN MENJADI PRIORITAS

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional telah mengamanatkan kepada Pemerintah daerah untuk menyusun perencanaan pembangunan daerah dalam bentuk Dokumen antara lain RPJPD dan RPJMD yang didalamnya memuat visi pembangunan daerah. Sebagaimana Visi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kabupaten Bima Tahun 2006-2025 adalah *"Kabupaten Bima yang Maju, Sejahtera, Mandiri, Bermartabat, dan Religius melalui penyelenggaraan Pemerintahan yang Baik, Pembangunan Pertanian Berkelanjutan, dan Pembangunan Berwawasan Lingkungan"*. Dengan tetap memperhatikan visi RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah) Provinsi NTB Tahun 2008-2013 yaitu *"Terwujudnya Masyarakat Nusa Tenggara Barat yang Beriman dan Berdayasaing (NTB Bersaing)"*, maka visi RPJMD Kabupaten Bima Tahap I masih akan terus dilanjutkan pada RPJMD Tahap II tahun 2011-2015 ini yaitu *"Terwujudnya masyarakat dan daerah Kabupaten Bima yang maju, mandiri, dan bermartabat berdasarkan nilai Maja Labo Dahu yang religius tahap kedua"*.

Darwis (FMBM, unsur masyarakat sipil) menjelaskan bahwa penyusunan Visi dan Misi Pembangunan Kabupaten Bima telah memperhatikan dan menyerap potensi, permasalahan dan aspirasi

masyarakat, termasuk substansi dari hasil pertemuan apresiasi kabupaten (PAK) dengan agenda pelayanan publik, pengutamaan masyarakat sipil dan pengembangan aparatur, supremasi hukum serta tentang pengembangan ekonomi lokal.

Butir ketiga misi pembangunan daerah adalah meningkatkan sumber daya manusia, merupakan tugas dan fungsi kolaboratif dari beberapa unit kerja salah satunya adalah Dinas Kesehatan. Dalam rangka pembangunan kesehatan di daerah serta berdasarkan pada visi pemerintah daerah, maka ditetapkan visi pembangunan kesehatan Kabupaten Bima periode 2011-2015 sebagai berikut: *“Masyarakat Kabupaten Bima Yang Sehat, Mandiri, Berkeadilan Dan Berwawasan Lingkungan Berdasarkan Nilai Maja Labo Dahu⁶ Yang Religius”*

Dalam rangka mewujudkan visi yang dicanangkan di atas, maka disusunlah Misi pembangunan kesehatan Kabupaten Bima Tahun 2011-2015, yaitu sebagai berikut:

1. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui kemitraan dan pemberdayaan.
2. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan nilai-nilai maja labo dahu yang religius.
3. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan.
4. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan.
5. Mendorong terwujudnya pembangunan berwawasan lingkungan sehat.

Penyusunan rencana program dan kegiatan Pembangunan Kesehatan Kabupaten Bima Tahun 2011-2015 telah mengacu pada SPM (Standar Pelayanan Minimal) dan Rencana Aksi Daerah

⁶ Berarti malu dan takut, dapat diartikan juga malu dan takut terhadap Allah SWT, dimana mencakup semua aktifitas kehidupan manusia.

Percepatan Pencapaian Target *Millennium Development Goals* (MDGs), yaitu berdasarkan Indikator dalam SPM Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008, Indikator dalam SPM Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat Nomor 6 Tahun 2009 serta Indikator tambahan. *Output* dari program dan kegiatan Pembangunan Kesehatan antara lain dapat dilihat dari peningkatan sumber daya aparatur dan pengembangan sarana-prasarana kesehatan.

Untuk mendukung peningkatan derajat kesehatan di Kabupaten Bima tersedia tenaga kesehatan sebanyak 686 orang sepanjang tahun 2008-2010, data ini terus meningkat jika dibandingkan tahun 2005 yakni sebanyak 259 orang dan meningkat menjadi 575 orang pada tahun 2007.⁷ Namun sampai saat ini di Kabupaten Bima belum tersedia dokter spesialis. Padahal keberadaan dokter spesialis sangat diharapkan dalam mengatasi permasalahan-permasalahan kesehatan yang lebih kompleks. Dokter Spesial hanya tersedia di Rumah Sakit Umum yang berlokasi di Kota Bima. Berbeda halnya dengan persebaran dokter umum yang berjumlah 24 orang. Dokter gigi yang spesialis dalam pengobatan gigi, jumlahnya baru mencapai 6 orang di Kabupaten Bima. Di antara seluruh tenaga kesehatan, jumlah bidan adalah yang terbesar hingga tahun 2010 terdapat 116 bidan yang tersebar di seluruh Kabupaten Bima namun tenaga ini masih terbatas, jika diasumsikan setiap desa dengan jumlah 168 desa membutuhkan minimal satu orang tenaga bidan.

Searah dengan pengembangan aparatur, fasilitas kesehatan di Kabupaten Bima juga mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2006 jumlah Puskesmas sebanyak 18 unit, namun sampai akhir tahun 2010 mencapai 20 unit, yang berarti ada kecamatan yang memiliki lebih dari satu unit puskesmas. Sedangkan jumlah puskesmas pembantu juga terus meningkat. Pada tahun 2006 sebanyak 70 unit, selanjutnya pada tahun 2010 tersedia 85 unit. Kondisi ini belum dapat melayani pelayanan di

⁷ *Opcit*, lihat www.bimakab.go.id

tingkat desa secara keseluruhan yang saat ini mencapai 168 desa. Berikut data sarana kesehatan dapat dilihat dibawah ini⁸ :

Tabel 1. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Bima

Fasilitas Kesehatan	2006	2007	2008	2009	2010
Rumah Sakit Umum	1	1	1	1	1
Rumah Sakit Lainnya	1	1	1	1	1
Puskesmas	18	20	20	20	20
Puskesmas Pembantu	70	77	81	84	85
Total	90	99	103	106	107

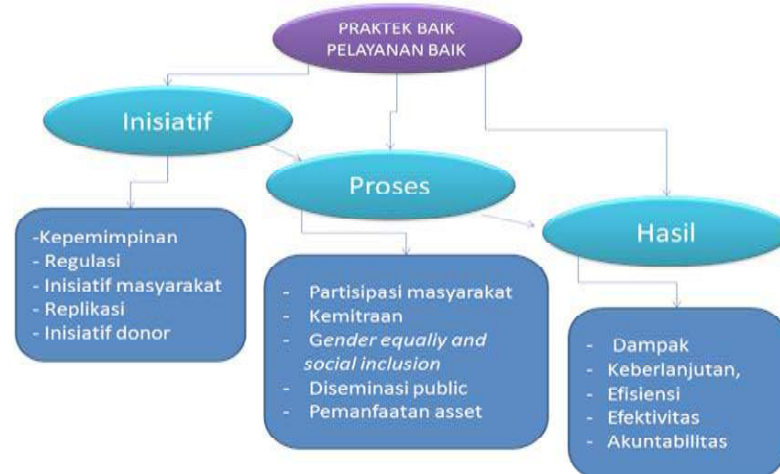
Dengan adanya peningkatan jumlah sarana-prasarana dan tenaga kesehatan di Kabupaten Bima diharapkan dapat meningkatkan pelayanan pada masyarakat, walaupun penyebaran tenaga kesehatan tersebut belum merata di semua kecamatan di Kabupaten. Hal ini terjadi terutama pada daerah-daerah pemekaran baru, karena rata-rata daerah pemekaran baru ini belum memiliki sarana dan prasarana kesehatan yang memadai.

Peningkatan kualitas kesehatan ditandai dengan meningkatnya angka harapan hidup (AHH). Pada periode waktu 2008–2010 Kabupaten Bima selalu berada di atas angka Provinsi, yang berarti rata-rata harapan hidup penduduk Kabupaten Bima lebih tinggi dibandingkan penduduk NTB, Namun jika dibandingkan dengan rata-rata Nasional masih berada dibawah angka Nasional. Pada tahun 2008, AHH penduduk Provinsi NTB baru mencapai 61,5 tahun sedangkan Kabupaten Bima sudah mencapai 62,31 tahun. Selanjutnya pada tahun 2010, AHH penduduk Provinsi NTB meningkat menjadi 62,11 tahun sedangkan Kabupaten Bima juga meningkat pada angka 62,93 tahun, namun jika dibandingkan Angka Nasional pada tahun 2010 angka harapan hidup sudah mencapai angka hampir 70 tahun.

⁸ *Opcit*, Badan Perencanaan Daerah Kabupaten Bima, halaman 53-56

III. PEMBENTUKAN DAN PELEMBAGAAN PRAKTIK BAIK

Pada *district report* ini, proses pembentukan dan pe-
lembagaan praktik baik akan di bagi menjadi 3 tahap yakni tahap
inisiatif, proses, dan hasil. Tahap inisiatif terdiri dari kepemim-
pinan, regulasi, inisiatif masyarakat, serta replikasi dan inisiatif
donor. Pada tahap proses mencakup partisipasi masyarakat,
kemitraan, *gender equality and social inclusion*, diseminasi publik,
dan pemanfaatan asset. Sedangkan pada tahap dampak terdiri dari
dampak, keberlanjutan, serta efisiensi, efektivitas dan akuntabilitas.



Gambar 2. Tiga Dimensi Praktik Baik Pelayan Publik

Untuk memotret setiap tahap praktik baik pelayan publik di atas, maka telah dilakukan pengambilan data lapangan dalam rentang waktu 10 Maret hingga 15 Maret 2012. Responden yang disasar meliputi anggota dari Gerakan Perempuan Peduli Desa (GPPD), penerima manfaat dari layanan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)/masyarakat, Kader Posyandu, Bidan Posyandu, Kepala Desa, Dinas Kesehatan (Dinkes), Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa (BPMDes), Badan Perencana Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Bima, Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten Bima, Mitra Acces, Masyarakat Sipil.

Harapannya, setiap lekukan (kountur) dan motif dari tiga dimensi tersebut terdokumentasikan dan jika dianggap sebagai praktik baik, maka dapat didesiminasikan dan direplikasikan untuk mengisi atau melengkapi ruang-ruang pelayanan publik baik ditingkat local, daerah maupun pusat.

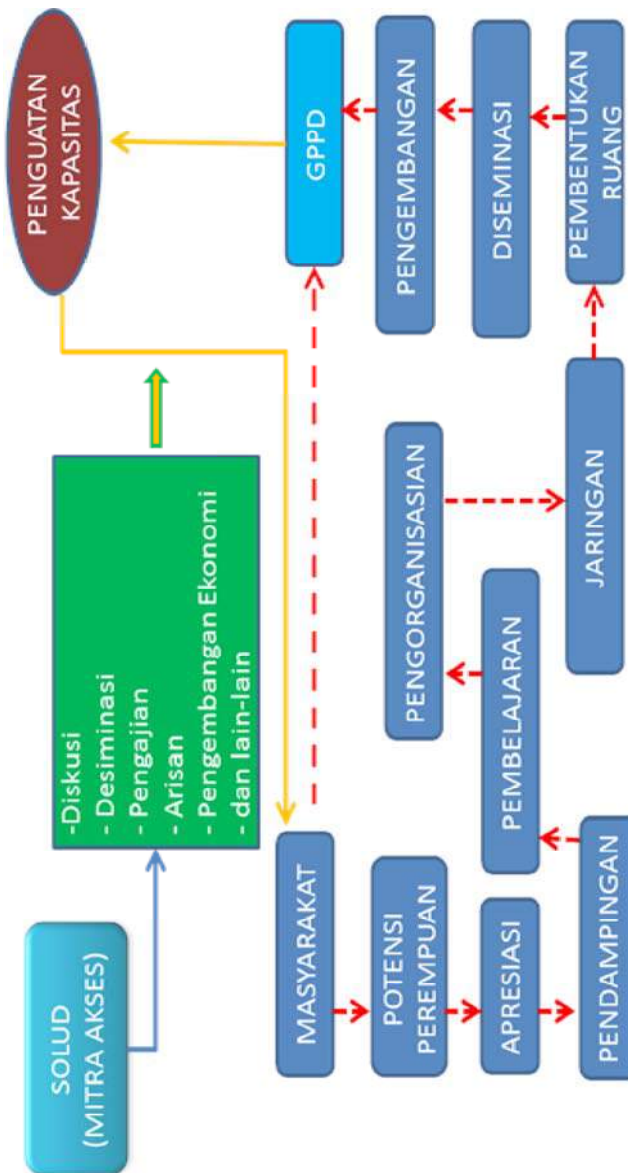
INISIATIF BERBASIS WARGA

Gerakan Perempuan Peduli Desa (GPPD) dimulai dari inisiatif Perkumpulan Solud (Solidaritas untuk Demokrasi). Memberdayakan perempuan di tingkat desa dalam mengikuti kegiatan-kegiatan di desa adalah sebagai pintu masuk atau salah satu supporting lahirnya GPPD.

Pembentukan dan penguatan GPPD didasarkan pada kesadaran bahwa perempuan dan kelompok marginal lainnya memiliki potensi baik sebagai ibu rumah tangga, perempuan tani, peserta majelis taklim, ibu guru, kader posyandu, serta peran lainnya. Berbagai potensi tersebut diapresiasi untuk dijadikan bahan diskusi dan pelajaran dari berbagai pengetahuan, pengalaman dan kemampuan masing-masing. Kegiatan tersebut dilakukan pendampingan oleh Perkumpulan SOLUD. Tahapan dan kegiatan ini diujicobakan untuk mendapatkan pelayanan publik prima yang memberdayakan perempuan, nilai lain yang diharapkan adalah adanya penguatan masyarakat khususnya perempuan di pedesaan. Kegiatan ini dimulai di 10 Desa di 8 Kecamatan, setelah dibentuk GPPD di desa di maksud dilakukan GPPD Belajar. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan kapasitas dan pengetahuan anggota GPPD. Kegiatan GPPD Belajar juga diikuti oleh kader posyandu, peserta majelis taklim, atau siapapun perempuan di desa yang mau ikut. Pada fase ini diberikan tambahan materi dan pengetahuan seperti terkait keberadaan dan pengembangan posyandu, mekanisme proses pembangunan (APBD), alokasi dana desa (ADD), regulasi keuangan, mekanisme pengawasan dan ruang pelibatan publik. Di Desa Rato Kecamatan Bolo, Ibu Ko'o dan beberapa inisiator mengumpulkan warga sebanyak 20 orang untuk membahas berbagai masalah dan

potensi di desa Rato. Kemudian secara alami dilakukan perekrutan anggota GPPD dari beberapa Rukun Tetangga (RT), yang memiliki kemauan, kesempatan, dan peduli terhadap pembangunan desa.

Gambar 3. Alur Penguatan Kapasitas Masyarakat dalam Pembentukan GPPD



Dari hasil diskusi dirumuskan berbagai isu-isu strategis di desa, terkait layanan kesehatan di posyandu serta kesehatan lingkungan. Selain itu juga masuk beberapa isu lain dengan terbentuknya pusat pengaduan. Dari berbagai isu tersebut, Perhimpunan SOLUD memfasilitasi GPPD dengan berbagai pihak terkait, seperti dengan Unit Puskesmas, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Bulog, serta pihak lainnya. Pertemuan-pertemuan tersebut adalah merupakan ruang bagi GPPD untuk melakukan sosialisasi, dan ruang dalam melakukan klarifikasi serta melaksanakan mekanisme komplain dari berbagai isu, permasalahan dan kebutuhan warga yang ditujukan kepada para pihak terkait.

Gebrakan dari kader-kader GPPD telah memberikan dampak perubahan dan perbaikan pelayanan publik bukan hanya ditingkat desa tapi juga ditingkat daerah seperti terkait transparansi dan perbaikan tata kelola biaya operasional kesehatan, pengelolaan pemberian makanan tambahan (PMT), insentif kader posyandu serta biaya operasional posyandu. Hal tersebut menjadi daya tarik bagi desa lain untuk mendapatkan dampingan serta harapan pembentukan GPPD. Pada fase lanjutnya, kini GPPD terus berbenah dan memperkuat fungsi peran yang sebagai lembaga pusat pengaduan serta sebagai wadah bagi pengembangan potensi perempuan sekaligus mendorong peningkatan kapasitas personal dan kelembagaan perempuan salah satunya adalah Posyandu.

Gerakan Perempuan Peduli Desa bertujuan untuk menjalankan nilai-nilai partisipatif, demokratis, GSI (*Gender Social Inklusif*), ABA (*Aset Based Aproach*), dalam setiap tahapan proses pembangunan mulai proses perencanaan, penganggaran, penetapan, pelaksanaan dan pengawasan/monitoring serta evaluasi pembangunan di Desa. Hal ini dapat dilihat dari pengakuan keberadaan GPPD oleh pemerintah dan komponen desa lainnya demikian juga ditingkat Kecamatan dan Kabupaten, seperti pelibatan GPPD di Desa Panda Kecamatan Palibelo pada berbagai *mbolo weki* (rapat, musyawarah, mufakat) dan musrenbang. Semua itu dilakukan anggota GPPD dalam landasan ke-sukarelaan,

respek dan komitmen bagi kemajuan suasana berwarga, kehidupan bermasyarakat serta sistem tata kelola pemerintahan yang lebih baik.

PEREMPUAN MENGAWALI LANGKAH

Komunikasi awal di bangun dengan pemerintahan tingkat desa, Perkumpulan Solud menyampaikan bahwa perlu adanya suatu gerakan yang dapat memberdayakan perempuan dalam konteks pelayanan publik, Kepala Desa merespon inisiatif ini dengan baik.

Pasca pertemuan kali pertama dengan kepala desa tersebut kemudian dibuatlah beberapa kegiatan lanjutan, diantaranya kegiatan pertemuan dengan calon anggota GPPD. Pertemuan tahap-tahap awal dengan calon anggota GPPD dilakukan lebih kepada pemahaman tentang keberadaan GPPD, tugas dan fungsi anggota serta tujuan dibentuknya GPPD.

Penciptaan ruang demokrasi pun dilakukan, pembentukan kepengurusan GPPD di tingkat desa dilakukan pemilihan langsung oleh anggota. Perkumpulan Solud memberikan ruang seluas-luasnya dalam penentuan isu yang diambil oleh anggota GPPD pada setiap Desa. Melalui pertemuan tersebut, anggota GPPD saling memberikan informasi terkait dengan kondisi yang terjadi diwilayahnya, masalah apa yang dihadapi dan sumber daya apa yang dimiliki oleh desa, kemudian mereka menentukan sendiri isu apa yang pilih. Isu-isu yang kerap muncul dan dijadikan fokus kerja adalah penyelenggaraan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pemberian Makanan Tambahan bagi Balita, Pemberian beras miskin (Raskin), dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Tahap selanjutnya, komunikasi dilebarkan ke ruang publik yang lebih luas. Kegiatan ini dilaksanakan Bersama Perkumpulan Solud, antara lain melakukan *Launching* program ditingkat Kabupaten, Penyusunan dan sosialisasi buku P4A (Perlindungan Perempuan serta Perlindungan Perempuan dan Anak), Bincang Perempuan (*Talk Show* Radio, Sosialisasi program dengan media leaflet). Sosialisasi program melalui Kalender Perempuan 2011.

Serta Pembuatan Blog www.rumahsolud.wordpress.com. Sosialisasi dan pendidikan juga dilaksanakan dengan pendekatan budaya antara lain dengan kegiatan Tausiyah Gender.

MENJARING DUKUNGAN DAN MEMBANGUN KOMITMEN

GPPD melakukan penjajakan untuk mendapatkan gambaran tentang pembangunan di desa, baik dari apa yang telah dilaksanakan maupun apa yang harus dan akan segera ditangani, terutama mengenai persoalan-persoalan ekonomi, sosial, SDM, pertanian dan persoalan kurangnya modal usaha. Selanjutnya anggota GPPD melakukan identifikasi dan pemetaan terkait keberadaan *human capital* (potensi kemanusiaan), Keberadaan *Sosial capital* (potensi sosial), Keberadaan *Natural capital* (potensi alam), serta asset lainnya

Keberadaan *human capital* (potensi kemanusiaan) dan modal sosial masih terasa, misalnya semangat gotong-royong dalam membuat sarana umum antara lain pembuatan tempat ibadah, kegiatan bersama dalam menjaga keamanan desa dengan melakukan ronda malam dan membuat aturan desa tentang keamanan kampung. Sedangkan potensi *natural capital* (potensi alam) juga tersebar di semua desa, misalnya sumber mata air, pasar desa, kawasan pertanian yang potensial. Modal ekonomi masyarakat lainnya terdapat kelompok usaha ekonomi rakyat, kelompok tani, koperasi, KUD dan kelompok arisan para perempuan yang semua aset tersebut menjadi akumulasi modal dalam pembangunan di desa melalui pengembangan komunikasi dan jaringan.

Dukungan besar juga datang jejaring desa (kader pembangunan), baik kader LSM, maupun kader Kader posyandu, PKK, Majelis taklim dan kelompok wanita tani, serta komponen lainnya, yang mempunyai keinginan yang besar untuk membangun desa kedepan yang lebih baik. Sementara dari Pemerintah Kabupaten Bima juga memberikan respek dan apresiasi, serta memeberikan dukungan terkait agenda pelayanan publik serta perlindungan perempuan dan anak, yakni antara lain dari Bagian

Tata Pemerintahan dan bagian Keuangan Setda, Bappeda, Dinas Kesehatan, BPMDes, BPPKB, dan Dinas Sosial serta Dinas Pendidikan. Hasil yang diperoleh dari koordinasi dengan *stakeholder* adalah adanya kegiatan yang mendukung rencana program, contoh yang dilakukan oleh *stakeholder* yaitu peningkatan kapasitas kader kesehatan, memaksimalkan unit-unit pengaduan masyarakat, memaksimalkan kader pembangunan masyarakat serta meningkatkan kualitas dan kuantitas regulasi di tingkat desa.

Ketika anggota GPPD mulai memasuki ruang-ruang publik dan terlibat langsung dalam pemberian layanan publik. disamping mengelola berbagai isue actual, Fokus yang memiliki kesamaan antar masing-masing desa adalah mengambil peran dalam pengembangan layanan Posyandu di tingkat desa. Untuk mewujudkan hal dimaksud, Anggota GPPD yang difasilitasi oleh Perkumpulan Solud membangun komitmen segitiga antara anggota GPPD, Perkumpulan Solud, dan pemerintahan dari tingkat desa, Kecamatan, hingga Kabupaten. Selain hal tersebut, pembangunan kemitraan juga meluas dengan melibatkan puskesmas, Badan Pembangunan Daerah (bapeda) Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB), Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa (BPMDes), Dinas Kesehatan (Dinkes), Kantor Urusan Agama, Dinas Sosial (Dinsos), Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (TP PKK). Serta mendorong adanya keterlibatan aktor lain seperti tokoh masyarakat dan tokoh agama, Majelis Taklim, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM).

KONTRAK KOMITMEN
Nipa 23 Maret 2011

Kami para pihak baik dari unsur Pemerintah Daerah Kabupaten Bima, Pemerintah Desa, Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Masyarakat Desa, pada hari ini 'Menyatakan Komitmen' untuk memberikan Pelayanan Publik yang prima sebagaimana hak publik yang semestinya dan menjadikannya sebagai kewajiban kami. Bertekad untuk memberikan perlindungan pada Perempuan dan Anak dengan mengedepankan Perencanaan dan Penganggaran yang Partisipatif serta mengutamakan Pelibatan Sosial dan Gender.

Komitmen ini kami tuangkan dalam bentuk saling berkoordinasi, bekerjasama, dan saling mendukung baik program maupun anggaran untuk mewujudkan komitmen tersebut di atas.

Kami Yang Bertanda tangan.

NAMA	DINAS/INSTANSI	TANDA TANGAN
1. Heru Piko S. SKM	Dinas Kesehatan	
2. Channy Chalidjanto	BPM Desa	
3. Harfuqul Sahli	BPAKB	
4. Rasyidul H. Sani	Bappeda	
5. R. L. H. Sani	Kaur. Umum	
6. HADINIRI RA	KET. BPD	
7. ZUHANI	GPPD	
8. BAHARUDDIN	KAB. BIMA	
9. R. H. Sani	BOLAD	
10.		

Gambar 4. Kontrak Komitmen

Masing-masing aktor tersebut diatas mengambil peran berdasarkan fungsi dan kewenangannya. Untuk mendukung dan memaksimalkan keberadaan Posyandu, PAUD akan diintegrasikan di Posyandu, dengan begitu Posyandu diberdayakan untuk program pendidikan terhadap anak. Bappeda misalnya memiliki fungsi monitoring dan evaluasi secara umum atas program-program Kabupaten. Terkait dengan replikasi, Bappeda bersama SKPD terkait dapat mengambil peran replikasi melalui kegiatan musrembang di tingkat desa dan kecamatan yang nantinya dapat dibawa pada

musrembang tingkat Kabupaten. Dari sini maka nantinya diharapkan bisa menjadi program yang didukung pula oleh penganggaran. Adapun BPPKB menggunakan Posyandu untuk melaksanakan program keluarga berencana (KB) seperti melakukan penyuluhan serta memperkenalkan alat-alat kontrasepsi. Lain lagi yang dilakukan oleh KUA, mereka mendukung Posyandu dengan memberikan sosialisasi dan konsultasi perkawinan terhadap masyarakat.

MENDORONG PERUBAHAN PELAYANAN PUBLIK KE ARAH PRAKTIK BAIK

Untuk meningkatkan kapasitas GPPD dalam mengaktualisasikan diri ditengah masyarakat, melalui fasilitasi Perkumpulan Solud dilakukan Pelatihan dan Lokakarya tentang Mekanisme Proses Pembangunan (APBD), Alokasi Dana Desa (ADD), Mekanisme pengawasan dan Ruang Pelibatan Publik untuk GPPD. Untuk meningkatkan Pemahaman dan Kapasitas GPPD dilakukan pelatihan tentang regulasi keuangan dan mekanisme pembangunan daerah.

GPPD terus mendorong peningkatan kapasitas anggota, melalui kegiatan diskusi dan pelatihan serta pendampingan oleh SOLUD, sehingga anggota GPPD memiliki pengetahuan, dapat menyampaikan pendapat serta trampil dalam melakukan sosialisasi dan pendampingan peningkatan kapasitas: Pada tahap-tahap awal pengembangan kapasitas GPPD, maka ada tahap GPPD belajar: yaitu meningkatkan pengetahuan anggota tentang berbagai materi aktual, serta bagaimana masyarakat dapat mengelola issue dan sumber daya di masyarakat sendiri, bagaimana memanfaatkan tokoh-tokoh setempat, kelembagaan lokal maupun kelembagaan formal sesuai permasalahannya.



GPPD memulai dengan isu-isu strategis di desa, melakukan pengawasan kinerja aparat desa hingga pada membangun pusat pengaduan. Isu-isu tersebut antara lain tentang ketidakjelasan realisasi insentif, dan pemberian makanan tambahan (PMT). Serta ketersediaan dan kehadiran petugas posyandu yang minim. Isu-isu ini merupakan issue bersama hampir semua desa dampingan. Disamping isu lain seperti KDRT, Pendidikan, raskin serta isu lainnya yang semuanya itu menjadi aduan yang diterima GPPD dan ditindaklanjuti melalui arahan sesuai dengan mekanisme yang dilakukan secara berjenjang, mulai dari tingkat warga, RT, RW, dan seterusnya. Pada sekretariat GPPD tersedia buku laporan pengaduan, alur/mechanisme pengaduan yang dilengkapi dengan nama lembaga/pihak dan nama petugas disertai dengan nomor kontak/telepon yang memiliki ke-wenangan dalam memberikan pelayanan terkait penyelesaian berbagai isu tersebut.

Terkait isu ketidakjelasan insentif kader posyandu pemberian makanan tambahan (PMT), anggota GPPD melakukan pembahasan internal, kemudian mengumpulkan informasi dari berbagai sumber. Hasilnya sebagai pengetahuan pada anggota GPPD bahwa terdapat

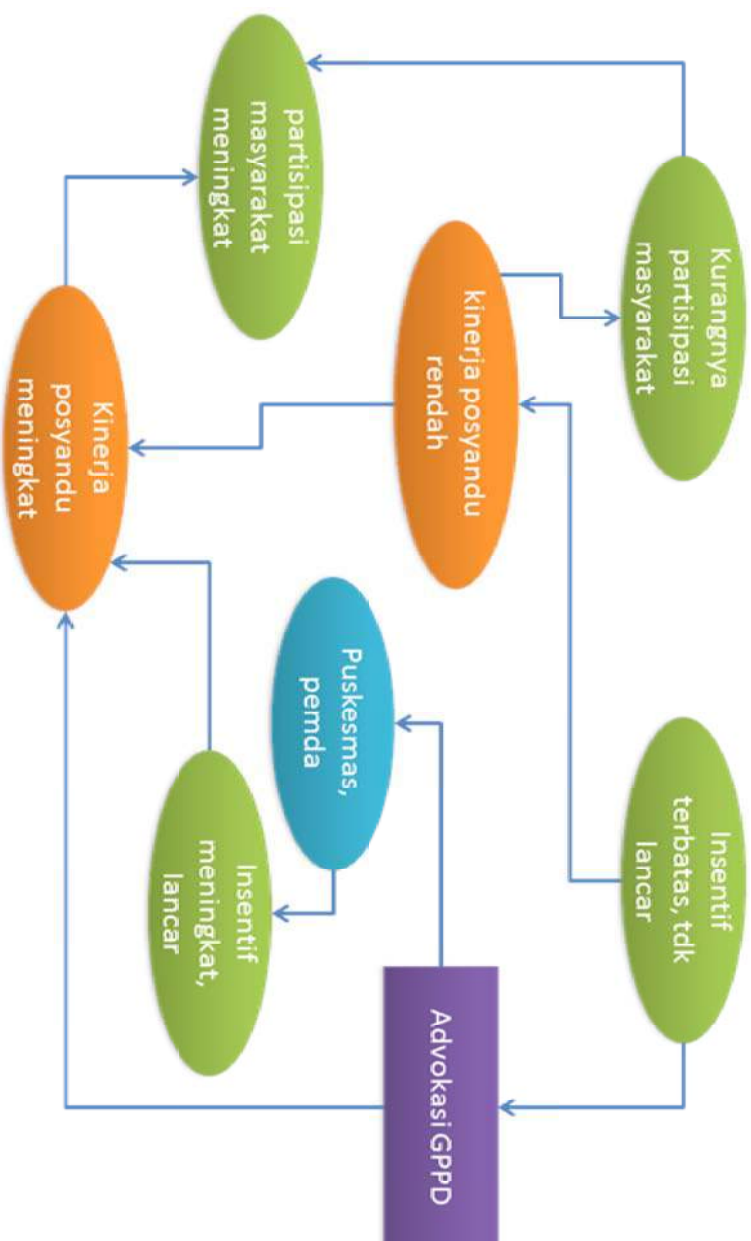
insentif yang harus direalisasi kepada kader posyandu sebesar Rp.5.000/bulan. Sementara selama ini, nilai insentif yang diterima kader tidak sesuai dengan yang ditetapkan serta realisasinya tidak lancar. Adapun pengelolaan PMT, selama ini dikelola ditingkat puskesmas, dengan bahan-bahan PMT yang kualitasnya dibawah standar yang ditetapkan.

Untuk mendapatkan kejelasan terkait issue tersebut, anggota GPPD dan kader posyandu meminta penjelasan kepada pihak puskesmas, namun hasil diskusi tersebut tidak memuaskan, sehingga dilakukan diskusi, *hearing* dan *lobbying* ditingkat kabupaten. Akhirnya didapatkan informasi dan kejelasan terkait pengelolaan insentif dan PMT.

Advokasi yang dilakukan GPPD dan kader posyandu membuahkan hasil, insentif yang diterima oleh kader posyandu mulai direalisasikan dengan lancar sesuai dengan nilai anggarannya. Sedangkan pengelolaan PMT dilakukan perubahan mekanisme, dari sebelumnya dikelola oleh puskesmas, kini dikelola oleh kader posyandu dengan dimungkinkan adanya tambahan anggaran dari sumbangan warga.

Dampak dari advokasi GPPD telah mendorong kinerja kader posyandu. Jumlah kader posyandu yang aktif juga meningkat. Kini disetiap posyandu tersedia minimal 5 orang kader yang memberikan pelayanan kepada warga. Hal ini juga didukung oleh kesediaan pemerintah desa untuk mengeluarkan SK kader posyandu. Sehingga keberadaan kader posyandu teridentifikasi dengan baik dan diakui oleh pemerintah dan masyarakat. Selain itu GPPD juga mendorong dinamika posyandu berdasarkan standar penyelenggaraan posyandu. Sekarang, ditingkat Posyandu, pengelolaan keuangan dan administrasi disampaikan terbuka kepada anggota secara terbuka.

Gambar 6. Advokasi Penyelenggaraan Posyandu



Untuk mendukung penyelenggaraan pusat pengaduan yang dilaksanakan oleh GPPD, perhimpunan solid melaksanakan fasilitasi dan berbagai kegiatan antara lain *Workshop Complain Centre* (Pusat pengaduan), Pemantauan dan monitoring pembangunan di desa (Posyandu), Hearing dan lobbyng, Dukungan Terhadap Complain Center, Aplikasi Complain Center, Lokakarya Pembentukan FKKP, Film presentasi pendek untuk GPPD, dan *Sharing Complain Center*.

Dalam perjalanannya, GPPD sebagai pusat pengaduan berkembang tidak hanya pada pengaduan mengenai pelayanan posyandu. Sebagai contoh adalah kisah sukses penanganan pengaduan orang hilang. Di desa tersebut ada kejadian seorang ibu yang hilang dari jam 14.00 WIB, saat itu beberapa aparat desa melakukan pencarian, namun anggota GPPD berpandangan jika pencarian hanya dilakukan oleh beberapa orang saja, maka kecil kemungkinan untuk ditemukan, sehingga perlu dilakukan secara bersama-sama serta melibatkan instansi terkait. Saat itu juga beberapa anggota GPPD menghubungi pihak kepolisian dan tim SAR. Akhirnya, pencarian semakin meluas dengan melibatkan banyak orang, anggota GPPD juga mengumumkan hal tersebut kepada masyarakat melalui pengeras suara yang berada di mesjid. Selang beberapa waktu, anggota GPPD juga berinisiasi untuk mendatangi tokoh spiritual di desa untuk mendapatkan informasi mengenai keberadaan orang hilang tersebut. Berbekal informasi tersebut, anggota GPPD memberikan informasi melalui telepon genggam kepada tim pencari, akhirnya sekitar pukul 00.00 WIB orang tersebut ditemukan dengan kondisi yang sudah lemah, kemudian di bawa ke medis.

Cerita lain terjadi di Desa Nunggi, Kecamatan Wera, Pengaduan tidak hanya berangkat dari desa Nunggi saja. Ada pengaduan dari desa lain terkait dengan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Disadari oleh penerima pengadu saat itu bahwa desa pengadu belum ada pusat pengaduan maka pengaduan diterima. Saat mengklarifikasi informasi dari pengadu, anggota

GPPD melakukan verifikasi terhadap informasi-informasi dimaksud. Setelah memastikan informasi benar, anggota GPPD bersama pengadu mendatangi ketua RT dari pengadu, niatnya adalah untuk melakukan mediasi. Pada prosesnya, pengadu dengan suaminya dapat berdamai, dan keduanya bersepakat untuk memperbaiki penyebab dari permasalahan serta berjanji tidak akan ada lagi kekerasan fisik dalam perkawinan. Keberhasilan ini didukung dengan kecepatan serta pemanfaatan asset yang berada di tingkat pertama yakni ketua RT. Diharapkan dari pengaduan-pengaduan yang ada dapat diselesaikan oleh tingkat yang paling rendah di masyarakat.

Pelibatan perempuan sebelum ada GPPD amatlah minim, dalam rapat-rapat di tingkat desa perempuan tidak diikutsertakan. Dengan adanya GPPD, ruang bagi perempuan di publik mulai diperhitungkan. Peningkatan kapasitas yang dilakukan Perkumpulan Solud kepada anggota GPPD membuat perempuan diperhitungkan dalam mengambil keputusan-keputusan. Rapat koordinasi di tingkat desa, tingkat Kecamatan sudah memasukan perempuan sebagai tamu undangan. Kerap kali ide dan pendapat perempuan diakomodir dalam pengambilan keputusan. Isu pelayanan publik terhadap perempuan dan anak selalu disuarakan oleh perempuan dalam forum-forum dimaksud.

FORUM KOMUNIKASI SEBAGAI RUMAH BERSAMA

Guna meningkatkan upaya penyebaran cita-cita GPPD serta Posyandu, maka perlu membentuk forum untuk bertukar informasi dan pengetahuan (*sharing of knowledge*), anggota GPPD yang telah terintegrasi dengan kader posyandu membentuk Forum Komunikasi Kader Posyandu (FKKP) di tingkat Kecamatan. Kesepakatan dibuat dalam bentuk tertulis sehingga dapat menguatkan secara kelembagaan. Komitmen bersama ini juga untuk memudahkan komunikasi antara kader Posyandu dari satu desa dengan desa lain serta dengan anggota GPPD sendiri.

Di Kecamatan Bolo, pada awalnya keberadaan posyandu dapat dimanfaatkan dengan baik untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak, tetapi sekarang posyandu seperti “hidup segan mati tak mau”. Pembentukan FKKP sebagai wadah bagi kader posyandu diharapkan dapat mendorong dinamika posyandu serta sebagai wadah untuk menyuarakan keluhan dan aspirasi para kader.

Gambar 7. Berita Acara Pembentukan



Komitmen bersama yang dilakukan oleh masing-masing kader posyandu yang berada ditingkat desa, diikuti oleh pihak dari kecamatan serta perwakilan dari pemerintahan Kabupaten seperti Dinas Kesehatan, BPMdes, BPPKB mencerminkan keinginan kuat untuk mempersatukan kader-kader dalam sebuah forum yang

saling berhubungan serta memberikan informasi. Hal ini juga untuk memudahkan pengawasan dan pemantauan terhadap jalannya penyelenggaraan Pelayanan Posyandu. Dan akhirnya berkat kegigihan dan kerja keras tersebut dibentuklah FKPP yang dimulai di Kecamatan Bolo. Tanggungjawab awal yang diberikan kepada FKPP adalah kepercayaan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bima untuk pengelolaan Pemberian Makanan Tambahan yang dilakukan ditingkat posyandu.

Disadari bahwa ujung tombak kegiatan pemberdayaan perempuan adalah di tingkat desa melalui kegiatan Posyandu. Keinginan kuat berbagai komponen yakni adanya perbaikan pelayanan yang selama ini banyak dikeluhkan diharapkan membentuk praktik baik pelayan publik tersebut. Melalui FKPP, diharapkan hal tersebut dapat diwujudkan. Keberadaan Posyandu yang banyak menyelenggarakan berbagai program kegiatan pelayanan kepada masyarakat serta keberadaan Kader Posyandu sebagai operator langsung dilapangan, yang langsung berinteraksi dengan masyarakat serta bersentuhan langsung dengan segala keadaan, potensi, permasalahan, dan kebutuhan masyarakat, menjadi modal kuat bagi FKPP sebagai forum bersama kader posyandu dalam mendorong dan melaksanakan pelayanan publik yang diselenggarakan dalam praktik yang baik.

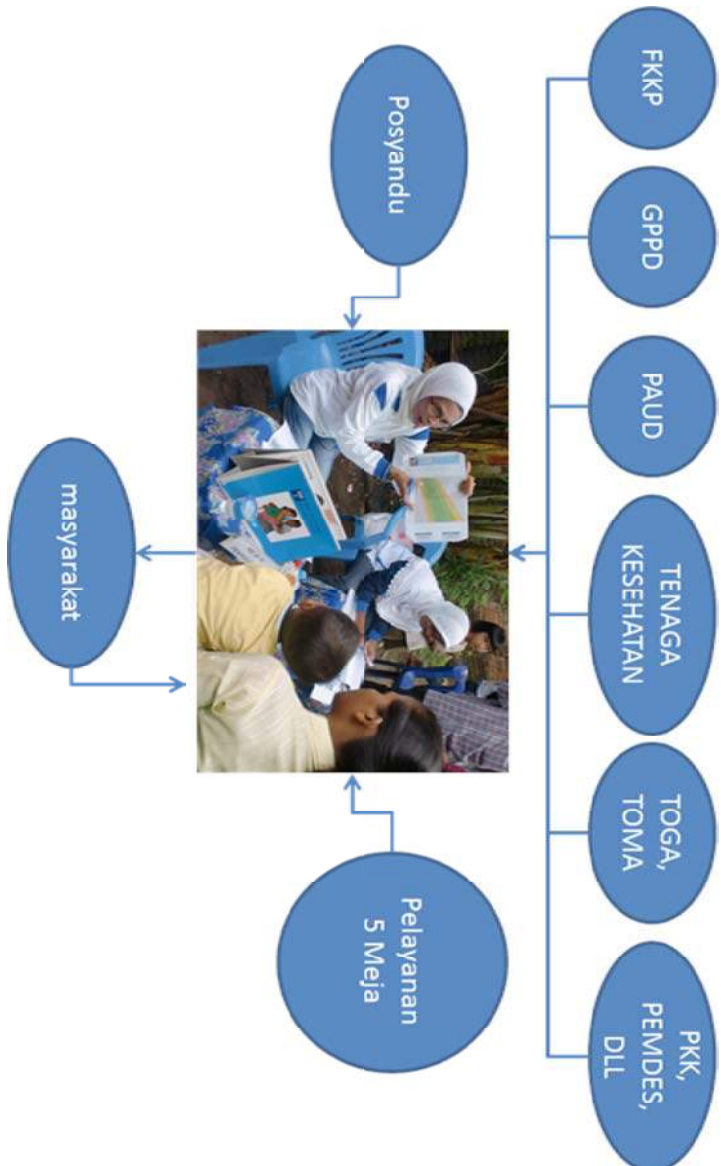
PENYELENGGARAAN PELAYANAN BERBASIS ASSET

Pemberian layanan Posyandu dilakukan dengan jadwal yang ketat. Sumber daya yang amat minim masih dimaksimal guna memenuhi kebutuhan pemberian layanan. Satu orang bidan yang bertugas di Desa maupun Puskesmas diberdayakan untuk mengikuti kegiatan posyandu. Penjadwalan yang ada telah melibatkan pihak yang berkepentingan dan memiliki kepentingan di dalam Posyandu sehingga nantinya tidak menjadi beban bagi para pelaku.

Pengumuman pelaksanaan Posyandu biasanya akan dilakukan pada seminggu sebelumnya. Semakin dekat waktu kegiatan maka sosialisasi akan terus semakin intensif, melalui kemitraan dengan pengurus mesjid, pengumuman dilakukan menggunakan alat pengeras suara yang dimiliki mesjid. Hal ini efektif sekali untuk mendatangkan masyarakat penerima manfaat dalam kegiatan Posyandu. Bahkan dalam pengamatan peneliti, ketika hari pelaksanaan Posyandu, alat pengeras suara juga tetap digunakan untuk memberikan peringatan kepada masyarakat.

Kehadiran masyarakat didalam posyandu diterima hangat oleh kader Posyandu sebagiannya adalah adalah anggota GPPD. Salah satu contoh kegiatan rutin anggota GPPD dan kader posyandu adalah kegiatan penyelenggaraan pelayanan Posyandu yakni keterlibatan langsung berada di masing-masing meja tahapan posyandu. Pada tiap posyandu minimal terdapat 5 (lima) meja yang terdiri dari meja pertama untuk melakukan pencatatan terhadap kesehatan anak, meja kedua melakukan penimbangan, meja ketiga pengisian kartu menuju sehat (rekam kesehatan anak), meja keempat untuk memberikan konsultasi dan penyuluhan kesehatan, serta juru imunisasi, sedangkan yang terakhir, meja kelima, yakni untuk memberikan pelayanan kesehatan. Untuk meja pertama hingga ketiga dilakukan oleh anggota GPPD dan atau kader posyandu, sedangkan meja keempat dan kelima dilakukan oleh petugas medis. Pada umumnya meja kelima ditambahkan meja untuk memberikan makanan tambahan kepada anak.

Gambar 8. Alur Pelayanan Posyandu



Dalam pelaksanaannya, sebagian posyandu juga melaksanakan fungsi lainnya, seperti diintegrasikan dengan pendidikan anak usia dini (PAUD), pelayanan konsultasi keluarga, pendidikan kehamilan (persalinan) dan atau pelayanan usia lanjut, dalam penyelenggaraan posyandu juga melibatkan pihak-pihak seperti tenaga kesehatan (puskesmas), keluarga berencana, pemerintah desa, PKK, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Berbagai kegiatan ini pada umum menggunakan lokasi dan fasilitas yang dimiliki warga setempat.

Guna memudahkan akses penerima manfaat pelayanan dari Posyandu, maka di tiap desa dibagi wilayah kerja posyandu sesuai dengan kemampuan dan jarak pelayanan masing-masing posyandu. Desa Panda memiliki 3 Posyandu dengan gambaran wilayah pelayanan sebagai berikut :



Gambar 9. Gambaran Wilayah Pelayanan Posyandu

Para anggota GPPD menyadari betul bahwa keberhasilan dalam pelayanan posyandu adalah jika dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat terutama perempuan dan anak di tingkat desa. Seperti yang terjadi di Desa Panda Kecamatan Palibelo, Desa Rato Kecamatan Bolo, dan Desa Nunggi Kecamatan Wera, anggota GPPD bersama bidan atau tenaga medis juga melakukan kerja-kerja 'jemput bola'. Daerah-daerah

yang jauh dari posyandu, kesulitan ruang gerak dari penerima manfaat serta keterbatasan kemampuan fisik menjadi alasan bagi anggota GPPD dan bidan atau tenaga medis untuk datang langsung kepada penerima manfaat.

Permasalahan yang sudah menahan dalam penyelenggaraan Posyandu adalah tingkat kehadiran perempuan dan anak yang rendah. Kesadaran akan arti penting kesehatan, mencegah penyakit khususnya penyakit menular serta menjaga kesehatan lingkungan masih agak kurang. Hal ini dikarenakan minimnya sosialisasi peran dan fungsi dari posyandu itu sendiri. Melalui kader-kader Posyandu, guna menjaring sebanyak-banyaknya penerima manfaat yakni perempuan dan anak, kader posyandu mendatangi masyarakat strategis (perempuan hamil, perempuan yang memiliki anak bawah lima tahun serta perempuan yang baru saja melahirkan). Mereka memberikan pemahaman bahwa betapa pentingnya kesehatan karenanya perlu diperiksa kesehatan secara berkala bagi perempuan dan anak di Posyandu. Selain itu, masyarakat juga diberikan pemahaman bahwa nanti di Posyandu terdapat petugas kesehatan yang dapat memberikan penyuluhan dan konsultasi kesehatan.

Kegiatan menjemput bola lainnya adalah terkait peningkatan kesehatan lingkungan. Seperti kejadian akhir-akhir ini di Kabupaten Bima, diduga terjadi penyebaran virus flu burung yang masif, anggota GPPD dan kader Posyandu turut melakukan penyebaran informasi tentang bahaya, penyebarluasan serta penanganan flu burung.

Kontribusi partisipasi masyarakat sangat besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, selain itu juga didukung oleh sistem pelayanan kesehatan yang baik, dengan memanfaatkan dan mengembangkan segenap asset yang tersedia. Untuk itu, ketersediaan database dan sistem informasi sangat dibutuhkan dalam mengalokasikan sumber daya secara tepat dan pada waktu yang dibutuhkan.



Gambar 10. Model Sistem Informasi Berbasis Warga dalam Mendukung Pelayanan Ibu Hamil/bersalin

Sistem informasi berbasis warga, antara lain diterapkan di Desa Nunggi. Sistem ini dihayatkan untuk membantu ibu hamil atau dalam masa kritis persalinan. Dalam sistem ini, diawali dengan kegiatan inventarisasi dan perencanaan terkait perkawinan, data kehamilan, serta rencana persalinan dalam suatu *mbolo weki* (pertemuan desa). sehingga tersedia data dasar, setiap *moment* atau fase kehamilan dan kelahiran telah teridentifikasi dan terdeteksi lebih awal sehingga, yang bersangkutan, keluarga, tetangga serta semua komponen masyarakat terkait dapat menyiapkan diri untuk mendukung keselamatan dan kebaikan proses kehamilan dan kelahiran tersebut.

Sebagai contoh, diidentifikasi seorang ibu yang mengalami kehamilan, selanjutnya dihitung waktu awal kehamilannya, periode konsultasi dan pelayanan ibu hamil, perkiraan masa melahirkan/persalinan, sistem transportasi yang digunakan, ketersediaan bantuan darah, serta data-data potensi warga untuk membantu pelayanan ibu hamil/persalinan tersebut.

Sebagai instrument monitor, evaluasi dan pengendalian (*monev*), maka setiap ibu memiliki satu kartu kendali, yang tercatat tentang riwayat dan perkiraan waktu melahirkan (persalinan), sehingga ibu bersangkutan, keluarga, dan warga setempat, serta tenaga bidan, sekitar waktu tersebut (kira-kira rentang waktu satu

minggu) akan siap ditempat, menyiapkan sarana-prasarana, termasuk penyediaan darah atau sukarelawan penyumbang darah jika terjadi pendarahan pada ibu tersebut. Ketika datang melahirkan apakah akan menggunakan, benhur, ojek, mobil, dan seterusnya. Dalam kartu tersebut juga tersedia nomor kontak petugas kesehatan atau petugas terkait lainnya. Dalam proses melahirkan, dukun melahirkan yang terlatih dapat dilibatkan untuk mendampingi ibu ketika melahirkan.

Saat ini, pelayanan kesehatan khususnya untuk ibu hamil pada umumnya tersedia 1 (satu) orang bidan utama yang didukung oleh 1 orang bidan lainnya. Bidan tersebut melaksanakan pelayanan sepanjang 24 jam dalam sehari, apalagi waktu persalinan pada umumnya pada malam atau dini hari. Ibu bidan dalam memberikan pelayan berposko di polindes (atau di puskesmas pembantu, jika polindes belum tersedia). Dengan adanya program jaminan kesehatan dari pemerintah, maka bidan atau tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada seluruh masyarakat, tidak membedakan strata atau keadaan masyarakat. Untuk mendukung kegiatan bidan di polindes, maka dilakukan sosialisasi dan koordinasi dengan pemerintahan desa serta komponen lainnya.

Peningkatan pengetahuan dan kemampuan kesehatan masyarakat terus ditingkat, antara lain memanfaatkan kegiatan desa dan budaya, seperti kebiasaan “kiri loko”. Upacara *kiri loko* dilaksanakan pada saat 7 (tujuh) bulan kehamilan (*nuju bulan*)⁹. Upacara ini penuh dengan simbol dan makna, karena upacara ini dihajatkan untuk menjaga agar sang ibu bersama calon bayi berada dalam keadaan sehat baik jasmani maupun rohani. Dengan harapan apabila sang bayi sudah lahir dengan selamat akan menjadi anak yang beriman, bertaqwa, cerdas dan berguna bagi agama, bangsa dan negara. Upacara dilaksanakan pada waktu “*Maci Oi Ndeu*” (manis air mandi) dalam pengertian pada waktu yang cocok untuk memandikan bayi, yaitu sekitar jam 09.00 yang dihadiri oleh para ibu-ibu dan “*Sando Nggana*” (dukun beranak). Tapi seiring dengan kemajuan ilmu kesehatan, peranan *Sando Nggana* sudah mulai berkurang. Pada masa sekarang, upacara ini

⁹ Dalam tradisi masyarakat (beberapa) di Jawa, upacara tujuh bulanan orang hamil ini disebut dengan “*upaca tingkepan*”.

didampingi oleh bidan. Pada upacara tersebut ibu, tokoh agama (tokoh masyarakat) dan tenaga kesehatan memberikan kontribusi dengan memberikan nasihat baik dari sudut pandang kesehatan, pendidikan dan agama.

KEMITRAAN YANG MEMBUAHKAN HASIL

Isu-isu yang diangkat oleh GPPD bukan hanya pada layanan kesehatan di posyandu serta kesehatan lingkungan, namun masuk kepada isu-isu lainnya yang dirasakan penting dalam kehidupan masyarakat. GPPD telah membangun dirinya sebagai pusat pengaduan. Pada pusat pengaduan ini, anggota GPPD menjadi fasilitator yakni dengan bentuk menerima pengaduan, mencari akar masalah, menjelaskan proses dan tahapan yang memungkinkan untuk ditindaklanjuti, seperti memberikan rekomendasi kepada pihak yang mempunyai kewenangan dan kemampuan menyelesaikan permasalahan tersebut. Pusat pengaduan juga bisa menerima pengaduan dari desa lain. Sebagai inovasi lain, GPPD telah penggunaan asset seperti “tauisyah gender” (melalui keagamaan), penggunaan asset (rumah) anggota GPPD untuk menyelenggarakan kegiatan posyandu, dengan agen desiminasinya adalah anggota GPPD itu sendiri.

Di tahap-tahap awal, kegiatan fokus pada peningkatan kapasitas, kemampuan dan pengetahuan anggota GPPD (contoh tentang anggaran/APBD). Perhimpunan Solud sebagai fasilitator menggali pemahaman anggota GPPD melalui identifikasi kebutuhan desa yang diharapkan dapat menimbulkan rasa kepemilikan. Selain itu, juga mengajak mitra strategis yakni pemerintah kabupaten untuk mendukung hal-hal teknis hingga pada penganggaran. Ditingkat Pemerintah, dukungan datang melalui berbagai program dan kegiatan pembangunan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Antara lain melalui Program pelayanan kesehatan ibu dan anak, dengan kegiatan utama: Pembebasan biaya persalinan bagi ibu-ibu yang melahirkan, Program peningkatan peran Posyandu dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, Program peningkatan akses pelayanan KIA terutama pada daerah terpencil dan terbelakang, serta Pengembangan program Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi. Hal ini seiring dengan program

GPPD sendiri, sehingga untuk memastikan adanya kolaborasi dari program-program yang ada maka Perkumpulan Solud dan GPPD membuat komitmen dengan Pemerintahan.

Gambar 11. Visi dan Misi Bersama



Pertengahan bulan September angin segar bertiup di BPMDES, bahwa ada dana bantuan operasional untuk pelaksanaan Posyandu yang bersumber dari APBD propinsi NTB. Dana sebesar Rp. 1.155.000.000,- akan diberikan kepada 385 Posyandu di 14 Kecamatan yang masing-masing Posyandu mendapatkan dana sebesar Rp. 3.000.000,- untuk digunakan selama 6 bulan terhitung mulai bulan Juli sampai Desember 2011, sementara untuk 145 Posyandu ditambah 8 Posyandu pengembangan yang tersisa di empat Kecamatan yaitu kecamatan Sape, Lambu, Woha dan

Sanggar akan dibiayai sepenuhnya oleh Pemda Kabupaten Bima kini tinggal menunggu waktu pencairannya.

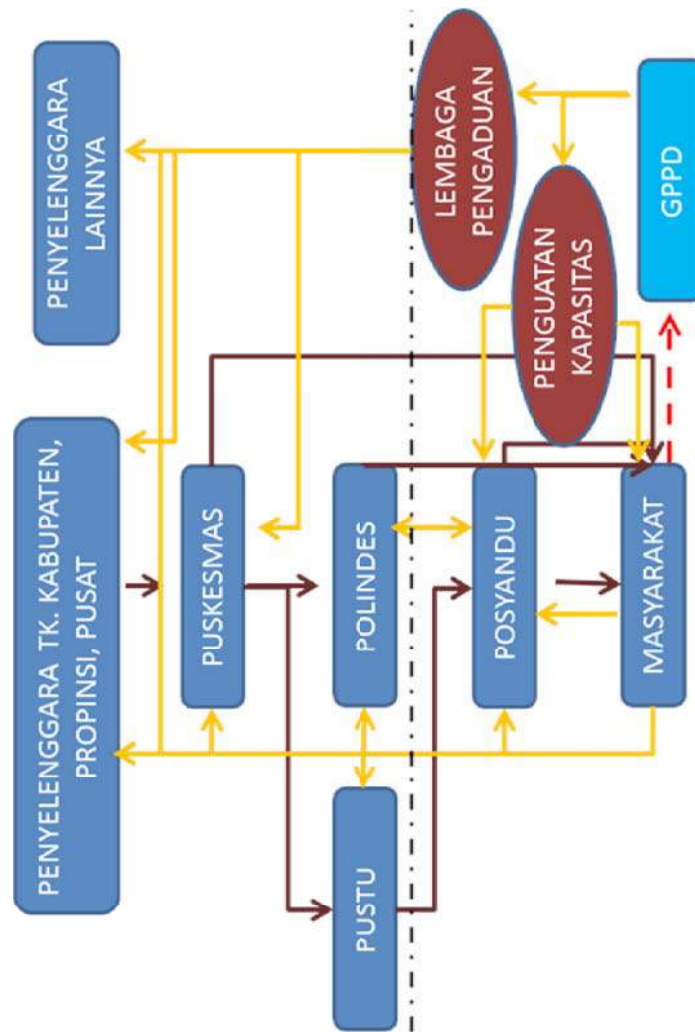
Gebrakan GPPD terus berkembang, berbekal potensi dan jaringan yang ada, GPPD Desa Bontokape giat melakukan advokasi terhadap dugaan penyelewengan pemberian bantuan Beras Miskin di desanya dan mereka berani menerima tantangan Sekretaris Desa Bontokape untuk bisa membongkar dan menyelesaikan masalah yang sudah cukup lama membelit hak-hak masyarakat desa mereka, kemudian di Desa Naru, GPPD berupaya meluruskan permasalahan PMTAS (pemberian makanan tambahan anak sekolah) yang pelaksanaannya sudah diluar prosedur yang seharusnya. Masalah lain yang skalanya lebih besar menjadi target GPPD Desa Nipa yaitu, mereka mendorong Pemerintah daerah dan Legislatif untuk mensegerakan Perda penetapan Badan Penanggulangan Bencana alam Daerah (BPBD). Atas permasalahan yang ada ini merupakan peluang bagi anggota GPPD untuk terus mengasah kemampuannya guna menyelesaikan permasalahan-permasalahan yang ada dalam wilayah penyelenggaraan pelayanan publik di tingkat desa dan kecamatan.

KEBERLANJUTAN

GPPD telah muncul dan mengambil peran dengan multifungsi, setidaknya dua fungsi telah dilakoni oleh GPPD. Fungsi pertama adalah pemberdayaan dan fungsi kedua adalah sebagai pusat pengaduan masyarakat. Pada fungsi peran pertama, GPPD adalah sebagai “gerakan perempuan” yang memiliki perhatian pada keberadaan perempuan-perempuan yang lebih banyak berada pada posisi marginal. Padahal di sisi lain, perempuan memiliki kekayaan potensi yang perlu diberikan ruang dan kesempatan sehingga teraktualisasi dalam berbagai peran dalam kehidupan keluarga, masyarakat dan pembangunan. Pada fungsi peran ini pula, GPPD dapat menangkap peluang dari berbagai kebijakan-program pemerintah atau lembaga non pemerintah untuk meningkatkan kapasitas perempuan dan lembaga perempuan, baik dalam pengembangan SDM, sosial, ekonomi dan kelembagaan. Pada fungsiperan kedua, GPPD mengejewantahkan “peduli desa” sebagai ruang keluhan masyarakat atas berbagai peran dari proses

dan hasil interaksi masyarakat (baca: isu sosial) dan dari proses dan hasil pelayanan publik (isu pelayan publik) dari para pihak terkait (pada umumnya adalah pemerintah) untuk selanjutnya diselesaikan pada level mulai dari tingkat komunitas atau ditindaklanjuti pada hirarki selanjutnya. Peran ini akan memiliki keberlanjutan dan kemanfaatan yang lebih berganda apabila 'melembaga' melalui proses yang dinamis dan terkoneksi dengan system kemasyarakatan dan kenegaraan.

Gambar 12. Konstruksi Kelembagaan GPPD Sebagai Model Penyelenggaraan Pelayanan Publik Berbasis Warga



Pelaksanaan program yang telah ada diharapkan dapat terus berlanjut, antara lain melalui dukungan berbagai pihak. Kontribusi yang dapat dilakukan adalah minimal dengan dukungan teknis berupa penguatan dan peningkatan kapasitas bagi anggota GPPD dan kader Posyandu sehingga akan ada peningkatan kapasitas dan kemampuan secara terus menerus untuk memberikan pelayanan publik yang makin membaik. Kesadaran untuk terus melanjutkan gerakan perempuan di tingkat desa ini memberikan inspirasi kepada anggota GPPD untuk melakukan pemberdayaan ekonomi.

Kesadaran bahwa kegiatan tersebut dapat membantu perekonomian keluarga serta mampu mendorong penyelenggaraan program-program pemberdayaan perempuan ditingkat desa, dengan mendayagunakan berbagai kemampuan serta sumber daya yang ada di tingkat desa. Sebagai contoh, yang terjadi di Desa Nunggi Kecamatan Wera, anggota GPPD telah memberdayakan para penenun kain khas Bima. Dengan memberikan bantuan modal berupa benang kepada para penenun, hasil yang didapat dari keuntungan penjualan akan dibagi antara penenun dengan GPPD, walaupun dalam pengembangannya, kegiatan ini masih mengalami kesulitan terkait pemasaran hasil, yang tentu lagi-lagi membutuhkan pengembangan jejaring dengan pemerintah (bidang koperasi UKM dan perindustrian dan perdagangan) serta dengan pihak swasta. Harapan mereka kedepan bahwa pemasaran hasil tenunan dapat berjalan dengan baik sehingga modal akan terus berputar dan keuntungan akan terus diraih sehingga cita-cita untuk meningkatkan kesejahteraan secara ekonomi bagi perempuan dapat terwujud.

Tidak hanya dalam perspektif ekonomi, pelebagaan dirasakan penting didalam menjalankan roda pelayanan publik dari tingkat desa, kecamatan hingga Kabupaten. Pelebagaan yang ada sekarang lebih dominan atas inisiatif dari masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk komitmen atau nota kesepakatan di tingkat desa. Memang harus diakui, peraturan daerah di Kabupaten Bima belum ada yang mengatur tentang peran serta perempuan dalam pelayanan publik, sehingga kedepan ruang-ruang kebijakan yang masih kosong tersebut dapat diisi dengan peraturan atau kebijakan yang lebih mapan untuk menjamin kepastian dan

keberlanjutan peran warga khususnya perempuan (atau kelembagaan perempuan) dalam pembangunan serta penyelenggaraan pelayanan publik yang lebih baik.

IV. CATATAN AKHIR

Praktik baik pada kegiatan Pemberdayaan perempuan di tingkat desa melalui pelayanan Posyandu berada pada berbagai tahapan. **Pada tahap inisiatif**, terdapat kepemimpinan bersama antara masyarakat sipil serta pemerintahan daerah guna mencapai pelayanan publik yang baik. **Pada tahap proses**, terdapat publikasi yang baik dengan terbentuknya forum komunikasi kader posyandu (FKKP), pemanfaatan asset berupa material dan budaya, serta perluasan kemitraan dalam membangun pelayanan atas pelaksanaan posyandu. Sedangkan **pada tahap dampak**, terdapat kesadaran untuk dapat meneruskan keberlanjutan dari gerakan yang ada untuk menuju pelayanan posyandu yang prima.

Dalam mendorong praktik pelayanan publik yang baik di daerah dan ditingkat desa, maka beberapa hal perlu dilakukan, antara lain sebagai berikut :

1. Belajar dari pengalaman, bahwa terdapat ragam potensi perempuan sebagai bagian dari kekayaan sumber daya khususnya ditingkat lokal, maka perlu dilakukan pemetaan sosial ekonomi, khususnya kaitannya dengan keberadaan perempuan sehingga teridentifikasi potensi, permasalahan, kebutuhan dalam pengembangan kapasitas perempuan dan kontribusinya dalam mendorong pelayanan publik yang lebih baik;
2. Melanjutkan diseminasi pembentukan FKKP dan GPPD, melalui tahapan peningkatan kapasitas dan pengembangan jaringan ;
3. Keberadaan posyandu: perlu diidentifikasi dan mendapatkan pengakuan khususnya dari pemerintahan desa (melalui SK pemerintah desa atau surat kesepakatan/komitmen bersama);

4. Pengembangan posyandu dapat dilakukan melalui pendekatan integrasi dengan pendidikan (PAUD), ekonomi (arisan, unit keuangan, industri rumah tangga), atau fungsi peran lainnya, dengan tetap memperhatikan daya dukung atau kapasitas kelembagaan masing-masing;
5. Ditingkat wilayah/daerah, saat ini pergerakan pokjanal posyandu dirasakan lamban dengan tingkat koordinasi yang rendah, maka perlu dilakukan evaluasi dan revitalisasi Pokjanal Posyandu, terkait peran, fungsi dan struktur kelembagaan
6. Dibutuhkan kepastian dalam kebijakan pembangunan terkait pengembangan posyandu (Perda, Peraturan Bupati, Keputusan Bupati, PP) sehingga menjamin keberlanjutan pelayanan publik dalam konteks pembangunan daerah.



MENGELOLA PENGADUAN MASYARAKAT

Studi Tentang Praktik Baik Partisipasi Warga dalam Perbaikan
Pelayanan Publik di Kabupaten Jeneponto

Oleh:

Hendrik Rosdinar dan Suryani Hajar

I. GAMBARAN UMUM KABUPATEN JENEPONTO

Kabupaten Jeneponto terletak antara 5°23'12"-5°42'1,2" Lintang Selatan dan 119°29'12"-119°56'44,9" Bujur Timur. Berbatasan dengan Kabupaten Gowa dan Takalar di sebelah Utara, Kabupaten Bantaeng di sebelah Timur, Kabupaten Takalar di sebelah Barat dan Laut Flores di sebelah Selatan. Luas wilayah Kabupaten Jeneponto tercatat 749,79 km² yang meliputi 11 Kecamatan, 113 desa/kelurahan (82 Desa dan 31 kelurahan). Kabupaten Jeneponto dengan jumlah penduduk 342.700 orang (2010) terdiri dari 176.316 orang (perempuan) dan 166.384 orang (laki-laki). Jumlah penduduk miskin pada tahun 2010 sebanyak 19,10% dari jumlah penduduk. Angka kemiskinan tersebut menempatkan Jeneponto menjadi salah satu daerah dengan prosentasi penduduk miskin terbesar di Sulawesi Selatan¹.

¹ Jeneponto dalam Angka 2011.

Kabupaten Jeneponto

Sektor pertanian menjadi penopang perekonomian yang sangat besar bagi Jeneponto, terutama tanaman pangan. Meskipun bukan sebagai lumbung beras di Sulawesi Selatan, produksi padi setiap tahun terus mengalami peningkatan, Jeneponto pada tahun 2010 sebesar 118.376 ton (rata-rata 61,20 Kw/Ha). Produksi jagung (2010) sebesar 254.504 ton (5,29 ton/Ha)². Selain itu Sebanyak 25% Desa di Kabupaten Jeneponto merupakan daerah pesisir dengan potensi pengembangan budi daya air payau dan perikanan laut. Sebanyak 2.109 rumah tangga sebagai nelayan, 7.686 rumah tangga budi daya rumput laut, 1.375 budi daya tambak dan 201 rumah tangga budi daya kolam³.

IPM (Indeks Pembangunan Manusia) Kabupaten Jeneponto tahun 2009 adalah 64,04 yang merupakan peringkat terakhir dari 24 Kabupaten di Sulawesi Selatan. Berdasarkan kriteria UNDP nilai IPM kurang dari 51 (<51) digolongkan sebagai sedang, nilai IPM antara 51 sampai dengan 79 (51-79) digolongkan sebagai

² *Ibid.*

³ Jeneponto dalam Angka 2010.

menengah dan nilai IPM di atas 79 (>79) digolongkan tinggi. Maka jika dilihat dari kriteria yang ditetapkan oleh UNDP tersebut, IPM Kabupaten Jeneponto tergolong kategori menengah (51-79)⁴.

Visi Kabupaten Jeneponto 2008-2013 yang tertuang dalam Perda No.02 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) adalah “*Terwujudnya Masyarakat Jeneponto yang Sejahtera dan Bermartabat*”. Pencapaian visi pembangunan didukung dengan rumusan misi: (1) Memperkuat kelembagaan pemerintah dan masyarakat; (2) Mengembangkan kemitraan antara pemerintah, swasta, dan masyarakat; (3) Meningkatkan sarana dan prasarana wilayah secara merata; dan (4) Memperkuat dan memberdayakan ekonomi kerakyatan. Secara substansial, visi, misi dan program Bupati memuat 1 visi, 4 misi dan 7 strategi dan arah kebijakan pokok yang kemudian dikenal dengan agenda 1-4-7. Jika diartikan dalam falsafah Bugis-Makasar sebagai “*Se’re Pattuju*” yang artinya adalah “sebuah komitmen menuju satu tujuan bersama”. Pencapaian terhadap visi dan misi dilakukan dengan strategi dan arah kebijakan pokok untuk 5 tahun: (1) Perbaikan Peringkat IPM; (2) Perbaikan taraf hidup masyarakat; (3) Peningkatan pelayanan publik; (4) Pengembangan komoditas unggulan; (5) Penguatan dan pemberdayaan ekonomi kerakyatan; (6) Penguatan kelembagaan Pemerintah Daerah dan Masyarakat; (7) Pemantapan kehidupan keagamaan⁵.

Perkembangan Masyarakat Sipil Jeneponto⁶

Seperti halnya di wilayah Indonesia pada umumnya, di Kabupaten Jeneponto terjadi ledakan kebebasan berserikat pasca reformasi 1998. Hal ini terlihat dari tumbuhnya organisasi masyarakat sipil (OMS) bak jamur di musim hujan. Pengukuran Indeks Masyarakat Sipil (IMS) tahun 2009, menyatakan secara

⁴ IPM Kabupaten Jeneponto Tahun 2009

⁵ RPJMD Kabupaten Jeneponto 2008-2013.

⁶ Fransisca Fitri,dkk. (2011). *Indeks Masyarakat Sipil : Profil 16 Kabupaten/ Kota*.Jakarta: YAPPIKA.

umum kondisi masyarakat sipil di Jeneponto berada pada kondisi cukup sehat. Hal ini terlihat dari perolehan skor IMS di semua dimensi yang berada pada kategori cukup sehat, yaitu dimensi struktur (1,64); dimensi lingkungan (1,83); dimensi nilai (2,00); dan dimensi dampak (1,94). Apabila dibandingkan dengan tahun 2007, mengalami peningkatan di semua dimensi.

Kekuatan utama masyarakat di Jeneponto pada 2009 terletak pada dimensi nilai. Hal ini menunjukkan nilai-nilai yang diyakini dan dianut oleh kalangan OMS, seperti nilai demokrasi, transparansi, kesetaraan gender, anti kekerasan, penanggulangan kemiskinan dan kelestarian lingkungan, dalam derajat tertentu sudah dipraktikkan dan dipromosikan kepada kalangan yang lebih luas melalui berbagai aktivitas OMS di Jeneponto. Kesempatan perempuan di ranah politik semakin besar bahkan sudah banyak yang menempati posisi-posisi kunci dalam organisasi masyarakat di desa.

Selain itu, pada dimensi struktur juga menjelaskan bahwa organisasi masyarakat di desa-desa semakin berkembang dan dilibatkan dalam rapat-rapat perencanaan, pengambilan keputusan dan evaluasi program yang dilaksanakan di desa. Partisipasi perempuan dalam pertemuan-pertemuan desa semakin meningkat. Jaringan kerja, intensitas komunikasi (baca: pertemuan) OMS semakin meningkat.

Pada dimensi lingkungan, menunjukkan relasi OMS dengan pemerintah juga menunjukkan *trend* positif, dimana OMS telah menjadi mitra beberapa program Pemerintah seperti PNPM, WISMP, NICE, PPAUD, dll. Hal ini sejalan dengan apa yang terlihat dalam dimensi dampak, dimana kapasitas masyarakat sipil dalam mempengaruhi sektor negara dan pasar juga semakin meningkat. Hal ini dikarenakan masyarakat sipil semakin tanggap terhadap isu-isu yang ada di warga, seperti isu air bersih, kesehatan, kebersihan lingkungan, dll.

II. SITUASI PELAYANAN PUBLIK DI KABUPATEN JENEPONTO

Potret Pelayanan Dasar

a. Pendidikan

Ketersediaan fasilitas kependidikan dan tenaga pendidik merupakan dua hal yang memegang peranan penting terhadap maju dan mundurnya dunia pendidikan. Salah satu isu penting adalah tentang ketersediaan dan ketersebaran tenaga pendidik. Persoalan yang muncul adalah kelangkaan jumlah guru pada daerah-daerah terpencil dikarenakan banyak guru yang enggan ditempatkan di daerah terpencil sehingga menumpuk di perkotaan.

Pada tahun 2010 di Kabupaten Jeneponto jumlah Sekolah Dasar (SD) sebanyak 303 sekolah dengan jumlah murid sebanyak 53.740 orang dan guru sebanyak 3.051 orang. Tetapi lebih dari setengahnya (177 sekolah) hanya tersebar di 5 Kecamatan. Hal serupa juga terjadi pada ketersebaran guru dan jumlah murid. Jumlah SLTP Negeri sebanyak 64 buah dengan jumlah guru sebanyak 828 orang dan murid sebanyak 13.970 orang. Berbeda dengan ketersebaran sarana pendidikan SD, untuk SLTP, jika kita lihat ketersebarannya hampir merata di setiap Kecamatan dan begitu juga untuk guru dan murid. Jumlah SLTA 44 sekolah dengan jumlah guru 931 orang dan murid 8.380 orang. Secara umum, ketersebaran untuk sarana pendidikan SLTA lebih merata dibandingkan dengan SD. Meskipun di Kecamatan Tamalatea dan Binamu lebih banyak tersedia sarana pendidikan SLTA dan lebih banyak serapan muridnya⁷.

Angka melek huruf Kabupaten Jeneponto merupakan yang paling rendah dari 23 Kabupaten lainnya di Sulawesi Selatan. Pada tahun 2008 penduduk yang bisa baca tulis hanya sekitar 76,48% dari total penduduk.

Pada tahun 2008, angka partisipasi sekolah (APS) rata-rata Kabupaten Jeneponto pada usia 7-12 tahun mencapai 94,07%. Sedangkan untuk usia 13-15 tahun mencapai 74,58% dan untuk usia

⁷ Kabupaten Jeneponto dalam Angka 2011

16-18 tahun mencapai 35,81%. Situasi ini merupakan peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan apa yang dicapai di tahun 2007 dan tahun-tahun sebelumnya. Indeks pendidikan di Kabupaten Jeneponto pada tahun 2007 tercatat sekitar 63,52 kemudian pada tahun 2008 menunjukkan peningkatan sekitar 0,49 poin menjadi sekitar 64,01⁸.

b. Kesehatan

Jumlah sarana kesehatan di Kabupaten Jeneponto pada tahun 2010 terdiri dari 1 rumah sakit, 18 Puskesmas, 56 Puskesmas Pembantu dan 424 Posyandu. Di samping sarana kesehatan, terdapat sumber daya manusia bidang kesehatan yakni dokter umum sebanyak 29 orang, dokter gigi 9 orang, perawat 222 orang, bidan 89 orang, dan perawat gigi sebanyak 26 orang⁹.

Sehingga demikian maka rasio penduduk disetiap puskesmas sebesar 19.039 orang. Hal ini tentunya sangat minim untuk dapat menjangkau semua masyarakat terutama daerah dengan geografis yang sulit. Sehingga keberadaan puskesmas pembantu dan posyandu yang tersebar di 11 Kecamatan menjadi solusi untuk memastikan ketercakupan luasan pelayanan. Selain itu, jika kita lihat pada ketersediaan sumber daya manusia bidang kesehatan seperti dokter (umum dan gigi) maka jika dibandingkan dengan jumlah penduduk, maka 1 orang dokter harus melayani 9.018 orang masyarakat Jeneponto.

Pada tahun 2008 indeks kesehatan Kabupaten Jeneponto tercatat sekitar 66,17 atau meningkat 0,26 poin dibandingkan tahun 2007 (65,91). Meskipun demikian, indeks kesehatan Kabupaten Jeneponto masih menduduki peringkat terakhir bila dibandingkan dengan daerah lain di Sulawesi Selatan¹⁰.

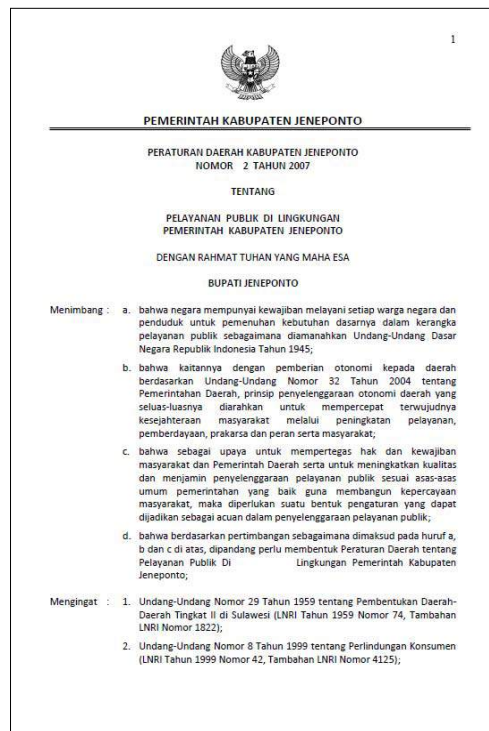
⁸ IPM Kabupaten Jeneponto Tahun Data 2008: BPS Kab. Jeneponto (2009).

⁹ Kabupaten Jeneponto dalam Angka 2011.

¹⁰ IPM Kabupaten Jeneponto Tahun Data 2008: BPS Kab. Jeneponto (2009).

Potret Kebijakan Pelayanan Publik

a. Perda No.2 Tahun 2007 tentang Pelayanan Publik



Disahkannya Peraturan Daerah No.2 Tahun 2007 tentang Pelayanan Publik di lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto, adalah langkah besar dalam upaya penyelenggaraan pelayanan publik yang baik dan berkualitas di Jeneponto. Hal ini tentunya penting untuk mendapatkan apresiasi karena di saat banyak Pemerintah Daerah yang bersifat pasif dengan menunggu “bola kebijakan” dari Pemerintah Pusat, Kabupaten Jeneponto justru berani mengambil inisiatif untuk menetapkan Perda tentang Pelayanan Publik, yang dua tahun setelahnya baru disusul oleh lahirnya Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Hal lain yang membuat Perda Pelayanan Publik begitu

istimewa, karena inisiatif lahirnya perda merupakan dorongan dari masyarakat sipil.

Lahirnya perda tersebut paling tidak dilandasi oleh dua hal: (1) Kesadaran untuk memenuhi kewajiban dalam melayani setiap warga negara untuk pemenuhan kebutuhan dasar dalam kerangka pelayanan publik; (2) Pemanfaatan atas keluasaan yang diberikan UU nomor 32 tahun 2004 tentang penyelenggaraan otonomi daerah khususnya untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, prakarsa dan peran serta masyarakat.

Subtansi pengaturan dalam Perda No. 2 Tahun 2007 tersebut dapat dikatakan progresif. Hal ini tercermin dalam beberapa pengaturan sebagai berikut: (1) Kewajiban bagi penyelenggara pelayanan untuk menyusun standar pelayanan, dengan prinsip penyusunan: konsensus, sederhana, kongkret, mudah diukur, terbuka, terjangkau, dapat dipertanggungjawabkan, mempunyai batas waktu pencapaian dan berkesinambungan; (2) Kewajiban bagi penyelenggara pelayanan untuk membuat dan menyebarluaskan informasi maklumat pelayanan publik. Maklumat pelayanan yang dituangkan dalam Piagam Pelayanan ditetapkan bersama antara penyelenggara dengan masyarakat; (3) Penghargaan dan jaminan khusus bagi kelompok rentan (cacat, lansia, wanita hamil dan balita) dengan mewajibkan kepada penyelenggara pelayanan untuk menyediakan sarana dan prasarana yang diperlukan serta akses khusus berupa kemudahan pelayanan; (4) Perilaku aparat dalam penyampaian layanan juga secara khusus mendapatkan porsi pengaturan, paling tidak ada 13 hal yang menjadi etika penyampaian layanan yang harus menjadi pedoman bagi aparat; (5) Adanya kesempatan bagi partisipasi masyarakat dan lembaga independen untuk melakukan pengawasan terhadap penyelenggara pelayanan publik; dan (6) Pengaturan mekanisme pengelolaan pengaduan dan pembentukan Komisi Pelayanan Publik sebagai institusi independen dengan kewenangan untuk mengelola pengaduan masyarakat, penyelesaian sengketa pelayanan publik dan memberikan rekomendasi.

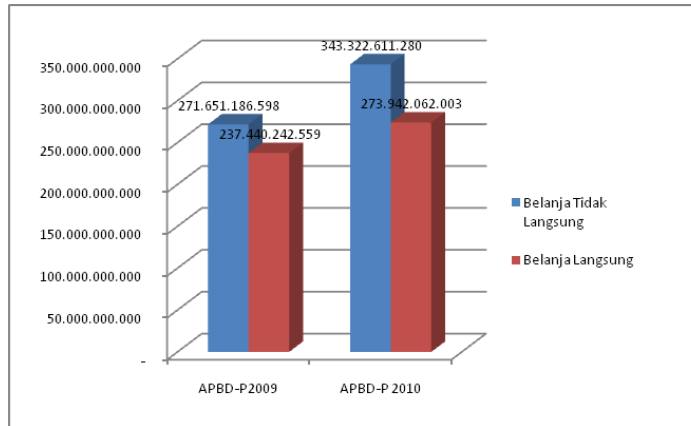
Lima tahun sudah Perda Pelayanan Publik Kabupaten Jeneponto disahkan, tetapi hingga kini implementasinya belum maksimal. Mandat untuk membentuk komisi pelayanan publik hingga juga belum terealisasi. Hingga saat ini masih banyak unit pelayanan publik di lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto yang belum menyusun standar pelayanan dan maklumat pelayanan. Hal ini tak terlepas dari *political will* Bupati Jeneponto Drs. H. Radjamilo, MP yang lemah terhadap implementasi Perda. Bahkan, Peraturan Bupati (Perbup) No. 8 tahun 2008 tentang Pembentukan dan Tata Kerja Komisi Pelayanan Publik hingga kini juga belum ditindaklanjutinya. Situasi ini menjadikan *positioning* antara Bupati *versus* Masyarakat Sipil cenderung renggang. Suhu politik tersebut saat ini semakin memanas menjelang pelaksanaan Pilkada tahun depan (2013).

Tetapi meskipun demikian, relasi positif (*engagement*) antara masyarakat sipil dengan beberapa SKPD dan Unit Pelayanan berjalan dengan normal, bahkan cenderung meningkat. Sebagai contoh Dinas Kesehatan dan Puskesmas se-Jeneponto bahkan bersepakat dengan Lembaga Pengaduan Masyarakat (LPM) dalam penandatanganan Piagam Pelayanan. Situasi *engagement* tersebut juga terjadi di beberapa SKPD lain.

b. Alokasi Anggaran untuk Pelayanan Publik

Pada tahun 2010 Kabupaten Jeneponto mengalokasikan total belanja sebesar Rp.617.264.673.283,- atau naik 21,25% dibandingkan APBD-P 2009 sebesar Rp.509.091.429.157. *Trend* peningkatan alokasi total belanja tersebut ternyata tak diikuti dengan peningkatan alokasi belanja langsung. Hal ini di-tunjukkan dari data selama dua tahun (2009-2010), prosentase belanja tidak langsung terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2009 belanja tidak langsung sebesar 53,36% meningkat menjadi 55,62% di tahun 2010. Kenaikan alokasi belanja tidak langsung ini tentunya membawa konsekuensi pada penurunan alokasi belanja langsung¹¹.

¹¹ Dokumen APBD Perubahan Kabupaten Jeneponto 2010.



PATTIRO Jeka dalam kertas kerjanya menyatakan bahwa alokasi APBD Kabupaten Jeneponto tahun 2010 tidak dialokasikan sesuai dengan skala prioritas. Beberapa hal yang seharusnya diprioritaskan terkait dengan peningkatan pelayanan dasar seperti pendidikan, kesehatan, fasilitas sosial, fasilitas umum dan pengembangan sistem jaminan sosial justru tidak mendapatkan alokasi yang memadai. Sebaliknya alokasi justru lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan aparatur dan pejabat daerah.

Politik kebijakan anggaran yang tidak menempatkan peningkatan pelayanan dasar sebagai prioritas dan pengelolaan keuangan daerah yang buruk dapat menimbulkan konsekuensi terganggunya penyelenggaraan pelayanan publik. Peristiwa belum dibayarnya insentif paramedis dan pegawai RSUD Lanto Daeng Pasewang sebesar Rp.1,4 Miliar oleh Pemkab Jeneponto pada Juli 2011 mencerminkan buruknya pengelolaan keuangan daerah di Jeneponto¹². Parahnya lagi, peristiwa tersebut terulang kembali di tahun 2012, hingga menimbulkan pemogokan paramedis dan pegawai RSUD, sehingga menimbulkan tidak berjalannya pelayanan. Sejumlahnya pasien terlantar, bahkan ada pasien tumor batal menjalani operasi¹³. Tentunya akan sangat ironis jika besarnya tunggakan tersebut di

¹² Fajaronline, 12 Juli 2011.

¹³ Fajaronline, 25 Januari 2012

atas jika dibandingkan dengan alokasi untuk rapat koordinasi dan konsultasi keluar daerah di Setda yang mencapai Rp.4,5 Milyar.

c. Penanganan Pengaduan Pelayanan Publik

Setali tiga uang dengan implementasi Perda Pelayanan Publik, situasi *complaint mechanism* di lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto masih terhitung buruk. Hingga studi ini dilakukan, hanya Puskesmas dan Kantor Pelayanan Terpadu yang mempunyai mekanisme penanganan pengaduan. Ketiadaan mekanisme menjadikan penanganan pengaduan sifatnya *case by case* dan sangat tergantung *political will* pimpinan Penyelenggara Layanan.

Ketiadaan *complaint mechanism* menjadikan perubahan (perbaikan) pelayanan tidak berlangsung secara sistemik, tidak menyentuh pada level kebijakan sehingga memungkinkan pengaduan yang sama akan terus berulang¹⁴.

III. PROSES PEMBENTUKAN DAN PELEMBAGAAN PRAKTIK BAIK

Studi di Kabupaten Jeneponto mengambil fokus pada praktik baik partisipasi warga dalam perbaikan pelayanan publik yang dikembangkan oleh PATTIRO Jeka melalui pembentukan Lembaga Pengaduan Masyarakat (LPM) di 47 Desa dan pembentukan 1 Koalisi LPM. Studi ini tidak memotret peran LPM di semua desa, tetapi hanya di Desa Bonto Ujung, Desa Bontotiro dan Desa Garassikang. Pemilihan ketiga desa itu dikarenakan pencapaian praktik baiknya relatif lebih tinggi dibanding dengan desa yang lainnya.

Kondisi Pelayanan Publik yang Buruk

Keberadaan LPM adalah sebagai bentuk respon atas penyelenggaraan pelayanan publik yang buruk. Pola pikir dan pola tindak aparaturnya Pemerintah yang masih ingin dilayani bukan melayani adalah salah satu penyebabnya. Situasi ini menjadi

¹⁴ Indepth interview dengan Firmansyah (PATTIRO Jeka), 1 Mei 2012

“sempurna” ketika hal tersebut “terbungkus rapi” dalam baju primordial (karaeng *versus* non karaeng). Hal ini sejalan dengan apa yang dikatakan oleh Bapak Sulaeman Natsir Anggota FLA, “status sosial tertinggi di Jeneponto adalah pegawai negeri, hal itu menjadi susah untuk melayani, apalagi kalau karaeng”.

Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan dalam risetnya (2009) tentang kepuasan pelanggan di 3 sektor (pendidikan, kesehatan, catatan sipil) menempatkan Kabupaten Jeneponto pada peringkat terendah untuk sektor kesehatan dan catatan sipil. Rendahnya kepuasan pelanggan tersebut bukan karena infrastrukturnya yang buruk, melainkan karena perilaku petugas layanan yang tidak ramah, tidak tepat waktu, dll¹⁵.

Penyelenggaraan pelayanan publik yang buruk juga terindikasi dari belum adanya standar pelayanan publik. Hal ini menyebabkan penyelenggaraan pelayanan tidak mempunyai kepastian prosedur, waktu dan biaya. Bahkan untuk sekedar *information center* ataupun *call center* pun tidak ada. Hal ini diperparah dengan belum tersedianya mekanisme pengaduan masyarakat (*complaint mechanism*) di hampir semua SKPD. Situasi ini menjadikan tidak adanya ruang pertemuan antara penyelenggara dan pengguna layanan. Padahal atas alasan ekonomi, tidak semua pengguna layanan mampu melakukan “*exit mechanism*” yaitu meninggalkan layanan yang buruk dan mencari layanan yang lebih baik. Selain itu, sebagian pelayanan yang diberikan oleh Pemerintah sifatnya monopoli, sehingga tidak ada alternatif lain.

Belum adanya Undang-Undang ataupun Perda yang mengatur secara khusus tentang penyelenggaraan pelayanan publik (seringkali) menjadi alasan atas buruknya sikap penyelenggara layanan, ketiadaan standar pelayanan dan tidak tersedianya *complaint mechanism*.

¹⁵ Indepth interview dengan Sulaeman Natsir (Anggota FLA Jeneponto), 16 Maret

Kesadaran Masyarakat yang Masih Rendah

Pada sisi yang lain, kesadaran (pemahaman) masyarakat terhadap hak-hak dasarnya masih sangat rendah. Hal ini menjadikan masyarakat tidak mampu menjalankan fungsinya untuk mengawasi penyelenggaraan pelayanan publik. Sebagai pengguna layanan, seharusnya masyarakat dapat memberikan unpan balik berupa penilaian tingkat kepuasan atas pelayanan yang diterimanya. Kesadaran yang rendah dan tingkat ekonomi yang rendah menjadikan masyarakat terus menerus menjadi korban.

Meskipun masyarakat Jeneponto secara umum dalam interaksi sosialnya bersifat terbuka, artinya tidak segan untuk mengungkapkan sesuatu, terutama yang tidak sesuai dengan dirinya kepada pihak lain. Tetapi, dalam hal merespon penyelenggaraan pelayanan publik yang buruk, sikap dan keberanian masyarakat masih tergolong *minor*. Hal ini ditunjukkan dengan rendahnya keberanian masyarakat untuk *complain* atas pelayanan yang buruk kepada pihak penyelenggara. Jika ada ketidakpuasan atau komplain pada penyelenggaraan pelayanan publik yang diterimanya, masyarakat pada umumnya hanya mengeluh diantara mereka (tetangga) tanpa berani untuk *complain* kepada Penyelenggara Layanan.

Kalaupun ada masyarakat yang berani untuk *complain* atas pelayanan publik yang buruk, penyelenggara pelayanan belum menyediakan ruang atau mekanisme tentang hal tersebut. Jika dilihat dari situasi tersebut, maka *supply side* maupun *demand side* memang masih lemah dan perlu dorongan dan penguatan dari pihak lain agar lebih kuat.

LPM: Wadah Penyambung Aspirasi Masyarakat

“Masyarakat yang di bawah tidak tahu mengadu ke mana, karena ke Pemerintah juga tidak didengarkan”
Bapak Maskur, S.Ag (Ketua Forum LPM Jeneponto)

Di tengah situasi pelayanan publik yang buruk dan kesadaran masyarakat yang rendah, kebutuhan untuk mengorganisir diri dan menguatkan kapasitas menjadi begitu mendesak bagi kelompok masyarakat sipil. PATTIRO JEKA di tahun 2006-2007, dengan dukungan program ACCESS meng-inisiasi pembentukan LPM di Kabupaten Jeneponto.

Kebutuhan membentuk “wadah” sebagai tempat bagi masyarakat untuk mengadu tentang pelayanan publik muncul dari proses *assessment* tentang peta kondisi pelayanan publik yang dilakukan oleh PATTIRO JEKA di 5 Desa/Kelurahan (Desa Arungkeke, Kelurahan Sidenre, Desa Kayuloe barat, Desa Jenetalasa dan Desa Garasikang). Pada kegiatan FGD di 5 desa/kelurahan tersebut, masyarakat yang hadir saat itu bersepakat untuk membentuk “wadah” yang nantinya dapat menjadi tempat untuk belajar (*education center*), mencari informasi (*informaton center*), dan mengadu tentang pelayanan publik (*advocacy center*)¹⁶.

Setelah terbentuknya LPM lengkap dengan strukturnya, PATTIRO Jeka lebih aktif dalam memberikan pendampingan khususnya untuk memperkuat kapasitas pengurus LPM. Melalui forum diskusi berseri, PATTIRO Jeka memfasilitasi pengurus LPM dan masyarakat untuk belajar tentang pengetahuan-pengetahuan seputar pelayanan publik, hak asasi manusia (HAM), advokasi dan mendiskusikan persoalan pelayanan publik yang muncul di sekitar mereka. Bahkan secara khusus, agar organisasi LPM dapat berjalan dengan tertib selayaknya organisasi modern, pengurus LPM secara khusus mendapatkan pelatihan tentang administrasi keorganisasian.

Gaung Eksistensi LPM Semakin Terdengar

Tahun 2007, LPM semakin aktif terlibat dalam kerja-kerja advokasi untuk mendorong perbaikan pelayanan publik di Kabupaten Jeneponto. Hal ini terlihat dari keaktifan LPM bersama

¹⁶ Wawancara berkelompok dengan Tim Program ACCESS - PATTIRO Jeka, 15 Maret 2012.

jaringan masyarakat sipil Jeneponto untuk mendorong usulan Perda Pelayanan Publik. LPM secara intensif mengawal proses pembahasan pada sidang-sidang Pansus DPRD. Pengesahan Perda No.2 Tahun 2007 tentang Pelayanan Publik di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto pada tanggal 27 September 2007 adalah momen penting bagi LPM atas kontribusinya dalam mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik yang adil, berkualitas dan non diskriminatif di Jeneponto.

LPM sesuai dengan mandat pendiriannya, aktif untuk memperkuat kapasitas masyarakat dan mengadvokasi pengaduan-pengaduan masyarakat tentang pelayanan publik yang disampaikan melalui LPM. Beberapa keberhasilan dalam mengadvokasi pengaduan pelayanan publik semakin menumbuhkan kepercayaan warga akan keberadaan LPM di desa/kelurahannya.

Cerita sukses dalam mengadvokasi pengaduan masyarakat terlihat dari keberhasilan LPM Desa Bonto Ujung dalam menindaklanjuti pengaduan masyarakat Dusun Bonto Katangka, Dusun Bonto Manai, dan Dusun Bungung Konci yang sudah 65 tahun hidup tanpa listrik. Perjuangan untuk mendapatkan aliran listrik diawali dengan kunjungan (audiensi) pengurus LPM Desa Bonto Ujung dan perwakilan masyarakat tiga Dusun kepada Kepala Cabang PLN Bulukumba¹⁷. Respon positif diberikan oleh PLN dengan memberikan janji untuk segera menindaklanjutinya dan meminta masyarakat untuk terus berkoordinasi dengan Perwakilan Jeneponto. Pasca audiensi, pengurus LPM bersama perwakilan masyarakat terus melakukan komunikasi dengan PLN Perwakilan Jeneponto. Semangat pengurus LPM Bonto Ujung dan Masyarakat tiga Dusun berbuah manis. Tepat setahun setelah audiensi (Maret 2012) pendataan dan pemasangan tiang pancang dimulai, hingga akhirnya 250 KK¹⁸ di Dusun Bonto Katangka, Dusun Bonto Manai, dan Dusun Bungung Konci telah menikmati listrik.

¹⁷ Pelayanan listrik di Kabupaten Jeneponto sampai saat ini masih berada di bawah administrasi pelayanan PLN Cabang Bulukumba.

¹⁸ Data per April 2012, dari jumlah penerima manfaat 500 KK.

“Saya tidak harus ke desa tetangga untuk minta strong, malam hari saya bisa membuat kasur karena ada sinarnya, ayam potong tidak lagi hitam bulunya karena dulu pakai lampu minyak, habis 2 liter” *(Ibu Sugiyati, 25 tahun, Warga Desa Bonto Ujung)*

Manfaat dari kehadiran listrik di tiga Dusun tersebut begitu terasa. Waktu produktif masyarakat setempat semula hanyalah di siang hari. Tetapi pasca aliran listrik masuk ke dusun setempat, Ibu Sugiyati dan Ibu Maryamah mampu meningkatkan produksi kasur lipat dan pengupasan jagung kuning hingga dua kali lipat karena memanfaatkan waktu malam. Perubahan ini tidak hanya dialami oleh kedua orang tersebut, tetapi seluruh warga ketiga Dusun tentunya juga merasakan manfaat yang sama.

Cerita sukses lain juga terjadi di LPM Garassikang. Bersama masyarakat Dusun Karampuang dan Dusun La'bucingki, Pengurus LPM memecahkan persoalan tidak adanya ketersediaan air bersih. Sebetulnya sampai tahun 2007 masyarakat di dua dusun tersebut masih menikmati aliran air bersih. Namun karena dianggap tidak mampu mengelola pemeliharaan saluran, maka dilakukan pemutusan sepihak oleh Pemerintah Desa. Kemudian baru diketahui bahwa aliran tersebut dialihkan ke pemukiman baru di Dusun Minda Garassi (Proyek Rumah Layak Huni Kementerian PDT).

Persoalan ketersediaan air bersih ini kemudian oleh Pengurus LPM dan Masyarakat Dusun setempat disampaikan pada Musrenbang Desa (Februari 2011), tetapi usulan tersebut ditolak. Penolakan ini tidak mematahkan semangat masyarakat untuk terus berusaha. Pada pertemuan yang difasilitasi Pengurus LPM kemudian disepakati untuk mengusahakan aliran air bersih secara swadaya dan mulai mengidentifikasi lokasi yang tepat untuk dibangun sumur sebagai sumber air. Bapak Karaeng Kilo (Kadus Karampuang) dan Bapak Dg. Situju (Kadus La'bucingki) sebagai motor utama untuk mensosialisasikan gagasan ini kepada masyarakat luas di kedua dusun tersebut, termasuk menggunakan sarana pertemuan-pertemuan Masjid.

Sambutan dari masyarakat begitu luar biasa. Seorang Ibu Bangkala bahkan rela menghibahkan sebidang tanah 4x4 meter untuk lokasi sumur dan Bapak Ismail menyumbangkan seperangkat pompa air. Masyarakat yang lain gotong royong menyumbangkan batu, semen, pasir dan tenaga pada proses pengerjaan sumur hingga instalasinya. Tepat pada bulan September tahun 2011 dilakukan peresmian sebagai simbol air bersih kembali mengalir ke 130 KK di kedua dusun tersebut.

Terkait dengan manajemen pengelolaannya, masyarakat mempercayakan kepada Koperasi Pasir Putih (dampingan AKUEP). Saat ini, untuk pemasangan baru dikenakan biaya instalasi sebesar Rp. 610.000, sedangkan setiap bulannya masyarakat dikenakan biaya beban Rp. 2.500 ditambah biaya pemakaian Rp. 2.500/M³. Masyarakat kedua dusun tersebut tak lagi harus menempuh 10 Km untuk mendapatkan air bersih.

Cerita sukses tersebut terus berkembang menjadi buah pembicaraan diantara masyarakat maupun perangkat desa/kelurahan. Hal ini yang menyebabkan terjadinya permintaan dari beberapa desa/kelurahan kepada PATTIRO JEKA untuk difasilitasi pembentukan LPM.

Berkembang Menjadi 49 LPM di 48 Desa/Kelurahan

Setelah berdiri di 5 desa/kelurahan, LPM terus melebarkan sayapnya ke tempat yang lain. Januari 2008, PATTIRO Jeka memfasilitasi pembentukan LPM di 8 desa/kelurahan (Kelurahan Empoang, Kelurahan Empoang Selatan, Kelurahan Empoang Utara, Kelurahan Balang Toa, Kelurahan Monro-monro, Kelurahan Panaikang, Kelurahan Pabiringa, dan Dusun Pa' rasangang Beru).

Kesuksesan dalam pembentukan LPM di 13 desa/kelurahan, mendorong PATTIRO Jeka untuk mereplikasi keberhasilan tersebut ke beberapa desa/kelurahan lainnya. Berbagai upaya dilakukan sehingga telah terbentuk LPM di 47 desa/kelurahan di Jeneponto. Berikut adalah data perkembangan pembentukan LPM di Jeneponto:

DAFTAR NAMA LEMBAGA PENGADUAN MASYARAKAT (LPM)

NO.	NAMA LPM	DESA/KELURAHAN	KECAMATAN	PEMBENTUKAN
1	LPM SIPAKAINGA'	ARUNGKEKE	ARUNGKEKE	FEBRUARI 2006
2	LPM SAMA SITURU	SIDENRE	BINAMU	FEBRUARI 2006
3	LPM GARASSIKANG	GARASSIKANG	BANGKALA BARAT	FEBRUARI 2006
4	LPM KAYULOE BARAT	KAYULOE BARAT	TURATEA	FEBRUARI 2006
5	LPM JE'NETALLASA	JE'NETALLASA	BANGKALA	FEBRUARI 2006
6	LPM EMPOANG SELATAN	EMPOANG	BINAMU	MARET 2008
7	LPM MONRO – MONRO	MONRO - MONRO	BINAMU	MARET 2008
8	LPM BULUSIBATANG	PABIRINGA	BINAMU	MARET 2008
9	LPM EMPOANG	EMPOANG	BINAMU	MARET 2008
10	LPM PANAIKANG	PANAIKANG	BINAMU	MARET 2008
11	LPM PA'RASANGENG BERU	PA'RASANGANG BERU	TURATEA	MARET 2008
12	LPM BULO KARISA	EMPOANG UTARA	BINAMU	MARET 2008
13	LPM BALANG TOA	BLANG TOA	BINAMU	MARET 2008
14	LPM PUNAGAYA	PUNAGAYA	BANGKALA	Januari 2012
15	LPM GUNUNG SILANU	GUNUNG SILANU	BANGKALA	Januari 2012
16	LPM BALANG	BALANG	BINAMU	Januari 2012
17	LPM KAYULOE TIMUR	KAYULOE TIMUR	TURATEA	Januari 2012
18	LPM SIPITANGARRI	BONTO UJUNG	TAROWANG	Januari 2012
19	LPM CINTA DAMAI	EMPOANG SELATAN	BINAMU	Januari 2012
20	LPM BA'BALA	TOGO–TOGO	BATANG	Januari 2012
21	LPM PANRANNUANTA	PALAJAU	ARUNGKEKE	Januari 2012
22	LPM TINGGIMAENG	BARAYYA	BONTO RAMBA	Januari 2012
23	LPM BULUSIBATANG	BULUSIBATANG	BONTO RAMBA	Januari 2012
24	LPM MATTATAKANG	BANGKALA LOE	BONTO RAMBA	Januari 2012
25	LPM GERSAMATA	MAERO	BONTO RAMBA	Januari 2012
26	LPM NAGA SAKTI	RUMBIA	RUMBIA	Januari 2012
27	LPM TOMPO BULU	TOMPOBULU	RUMBIA	Januari 2012
28	LPM MERAPI	BONTO TIRO	RUMBIA	Januari 2012
29	LPM HARAPAN BARU	BONTO MANAI	RUMBIA	Januari 2012

30	LPM BAJI MINASA	LEBANG MANAI	RUMBIA	Januari 2012
31	LPM BONTO CINI	BONTOCINI	RUMBIA	Januari 2012
32	LPM BIRINGKASSI	BIRINGKASSI	BINAMU	April 2012
33	LPM TAMANROYA	TAMANROYA	TAMALATEA	April 2012
34	LPM PALLENGU	PALLENGU	BANGKALA	Maret 2012
35	LPM MANJANGLOE	MANJANGLOE	TAMALATEA	Februari 2012
36	LPM TONROKASSI TIMUR	TONROKASSI TIMUR	TAMALATEA	Maret 2012
37	LPM BATUJALA	BATUJALA	BONTORAMBA	Maret 2012
38	LPM BULUSUKA	BULUSUKA	BONTO RAMBA	Maret 2012
39	LPM BALANGLOE TAROWANG	BALANGLOE TAROWANG	TAROWANG	Maret 2012
40	LPM CAMBA-CAMBA	CAMBA-CAMBA	BATANG	Maret 2012
41	LPM BUNGENG	BUNGENG	BATANG	April 2012
42	LPM TAROWANG	TAROWANG	TAROWANG	Maret 2012
43	LPM RUMBIA	RUMBIA	RUMBIA	Januari 2012
44	LPM TANJONGA	TANJONGA	TURATEA	Maret 2012
45	LPM BULULOE	BULULOE	TURATEA	Maret 2012
46	LPM JOMBE	JOMBE	TURATEA	April 2012
47	LPM BORONGTALA	BORONGTALA	TAMALATEA	April 2012
48	LPM KABUPATEN			FEBRUARI 2011

Sumber Data: PATTIRO Jeka

Keberhasilan PATTIRO Jeka mereplikasi pembentukan LPM tak lepas dari kesuksesannya dalam mengorganisir masyarakat. PATTIRO Jeka membentuk Tim Fasilitator untuk mendampingi masyarakat secara intensif di masing-masing desa/kelurahan. Setiap fasilitator menghabiskan 80% waktu kerjanya di lapangan.

Fasilitator mengawali dengan melakukan pemetaan sosial untuk mengetahui: keadaan geografis; tokoh-tokoh kunci; waktu-waktu sibuk warga; mata pencaharian warga; dan per-masalahan/kebutuhan pelayanan publik. Selanjutnya, komu-nikasi dengan tokoh kunci adalah tahap yang krusial. Ketika tokoh kunci berhasil diyakinkan, fasilitator akan lebih mudah untuk masuk dan memulai proses pengorganisasian masyarakat.

Pertemuan rutin (seperti: arisan) menjadi sarana utama yang digunakan oleh fasilitator untuk membangkitkan kesadaran

masyarakat atas hak-hak dasarnya khususnya dalam hal pelayanan publik. Selain pertemuan rutin, beberapa kegiatan yang dilakukan untuk memperkuat kapasitas LPM dan Masyarakat setempat adalah:

- (1) Pelatihan-pelatihan untuk membangkitkan kesadaran warga tentang hak-hak dasarnya;
- (2) Pelatihan tentang keorganisasian (administrasi);
- (3) Pelatihan tentang strategi advokasi (mekanisme komplain);
- (4) Forum-forum dialog (diskusi berseri) dengan institusi penyelenggara layanan;
- (5) Mengembangkan beberapa media sosialisasi dan kampanye, seperti: papan informasi, forum sosialisasi, *talkshow* radio, dan;
- (6) Memfasilitasi pengaduan masyarakat.

Keberhasilan replikasi LPM tak lepas dari dukungan/kolaborasi lapangan dengan Fasilitator Mitra ACCESS lainnya (AKUEP, GP3A, MITRA TURATEA), maupun program lain seperti: NICE, PNPM, PPAUD, dll. Kolaborasi tersebut dilakukan untuk mensinergikan strategi pendampingan sehingga lebih optimal dan tidak tumpang tindih. Salah satu contoh kolaborasi yang sering dilakukan adalah saling berkontribusi dalam kegiatan penguatan kapasitas (*capacity building*); dan mengusung agenda advokasi bersama.

Keberhasilan replikasi sangat dipengaruhi oleh efektivitas kerja-kerja kampanye yang dilakukan oleh LPM untuk mendiseminasikan aktivitasnya. Media yang paling sering digunakan adalah pertemuan-pertemuan masyarakat, media cetak, *talkshow* radio dan *person to person*.

Sebagai sistem pendukung kinerja tim fasilitator, secara internal dikembangkan mekanisme koordinasi dan penguatan kapasitas. Koordinasi rutin fasilitator merupakan sarana yang digunakan untuk berbagi pengalaman selama proses pendampingan. Hal tersebut sangatlah membantu dalam memperkaya pengalaman antar fasilitator. Rumusan baru strategi pen-

dampingan berdasarkan pengalaman bersama adalah output penting yang sering muncul dari koordinasi rutin ini.

Pola Kerja LPM

Struktur LPM ada di tingkat desa/kelurahan dan bersifat otonom yang dilengkapi dengan ketua, sekretaris dan koordinator dusun/lingkungan. Setelah secara kuantitas LPM berkembang sedemikian pesat, kemudian dibentuk LPM di tingkat kabupaten. LPM Kabupaten merupakan forum komunikasi antar LPM desa sehingga tidak mempunyai hubungan struktural ke desa¹⁹. Sebagai Koordinator forum LPM se-Kabupaten Jenepono saat ini dijabat oleh Bapak Maskur, S.Ag, MH dan sebagai Sekretaris adalah Bapak Basri, SPd.

Secara umum tidak ada perbedaan fungsi antara LPM desa dengan LPM kabupaten. Fungsi LPM sebagai pusat informasi, pusat edukasi dan pusat advokasi (penanganan pengaduan pelayanan publik). Praktik yang berjalan selama ini, LPM desa fokus pada penanganan pengaduan di level desa yang langsung berhubungan dengan Penyelenggara Layanan seperti Puskesmas. Sedangkan LPM kabupaten fokus pada penanganan pengaduan di level kabupaten yang berhubungan langsung dengan SKPD atau level Pemerintahan yang lebih tinggi²⁰. Selain pembagian peran dan fungsi antara LPM kabupaten dan LPM desa, yang menjadi pengikat diantara keduanya adalah, kesepakatan untuk menerapkan nilai-nilai integritas: transparan, akuntabel, tidak berpolitik praktis dan tanpa pamrih (*volunteer*). Nilai-nilai tersebut selama ini secara konsisten diterapkan, sehingga tingkat kepercayaan masyarakat cukup tinggi²¹.

Proses penanganan pengaduan dilakukan oleh LPM secara “sederhana”. Sumber pengaduan yang masuk biasanya melalui dua cara, yaitu pengadu individual dan pengaduan yang diperoleh dari

¹⁹ Indepth Interview dengan Adwin Sutte (Mantan Direktur PATTIRO Jeka) , 19 Maret 2012.

²⁰ Indepth interview dengan Bapak Basri, Spd (Sekrearis LPM Kabupaten), 16 Maret 2012

²¹ Indepth interview dengan Bapak Maskur, S.Ag, MH (Koordinator LPM Kabupaten), 16 Maret 2012.

proses pertemuan rutin (proses diskusi bersama). Tahap selanjutnya adalah mendiskusikan strategi advokasi, pada tahap ini LPM selalu melibatkan pengadu atau perwakilan masyarakat. Proses advokasi dimulai dengan menuliskan surat pengaduan sekaligus permintaan untuk berdialog langsung dengan Penyelenggara Layanan. Pada tahap ini fasilitator pendamping memberikan *support* untuk menyiapkan bahan-bahan dialog, seperti kronologi dan analisa kasus, peraturan perundang-undangan, dsb. Meskipun sebetulnya kebutuhan bahan-bahan tersebut sudah didiskusikan bersama Tim LPM dan masyarakat.

Pada praktiknya, banyak proses advokasi menuai hasil positif pasca proses dialog langsung dengan Penyelenggara Layanan. Tetapi pada beberapa proses advokasi harus berujung pada pelibatan media massa, bahkan hingga demonstrasi. Pelibatan *mass media* (cetak dan elektronik) melalui siaran pers dilakukan untuk menaikkan eskalasi agenda advokasi yang diusung. Cara ini cukup efektif karena Penyelenggara Layanan akan lebih responsif setelah muncul pemberitaan perihal sub-tansi pengaduan. Sedangkan untuk pengerahan massa (baca: demonstrasi) adalah cara paling akhir, dan relatif dihindari oleh sebagian besar LPM.

Pada beberapa kasus, LPM memilih untuk menggunakan jalur keterwakilan anggota DPRD sebagai tempat menyampaikan pengaduannya. Melalui kegiatan *hearing*, LPM dan masyarakat menyampaikan pengaduannya. DPRD dipilih sebagai jalur advokasi karena melalui fungsinya (*budgeting*, legislasi, monitoring) dapat memaksa eksekutif untuk memperbaiki pelayanan publik sebagaimana dikeluhkan oleh masyarakat. Pada beberapa kesempatan, sambutan anggota DPRD sangat positif dan mendukung keberadaan LPM. Seperti diungkapkan oleh Wakil DPRD Jeneponto DR. Andi Tahal Fasni, “kami sangat terbantu dengan keberadaan LPM, karena dapat menjalankan fungsi sebagai rumah aspirasi dan mendapatkan data-data dari masyarakat, sehingga kami akan lebih mudah mengontrol eksekutif”²².

²² Indepth interview dengan Wakil DPRD Jeneponto, DR. Andi Tahal Fasni, 18 Maret 2012.

LPM sejak pembentukannya selalu menerapkan kesetaraan gender dan berpihak kepada kelompok marginal. Terdapat mekanisme keterwakilan perempuan dalam struktur organisasinya. Isu keadilan gender dan pembelaan terhadap kelompok marginal (miskin) menjadi topik-topik yang selalu diperbincangkan dalam pertemuan LPM. Bahkan agenda-agenda tersebut menjadi prioritas dalam kerja advokasi seperti pengawasan penyaluran Jampersal, penyelenggaraan Posyandu, dll.

Pada praktiknya keterlibatan perempuan dalam pertemuan-pertemuan LPM lebih dominan. Meskipun hingga saat ini sedikit yang bersedia untuk mengisi jabatan formal dalam struktur LPM. Tetapi hal ini tidak berarti kiprah perempuan dalam aktivitas LPM hanya sekedar kehadiran saja. Munculnya *champion-champion* LPM yang kebanyakan perempuan adalah indikator dimana kiprah perempuan dalam LPM cukup signifikan dan berkualitas. Hal terpenting bahwa keberadaan LPM adalah wadah bagi kelompok yang terpinggirkan²³.

Membangun Kemitraan dengan *Stakeholder*

Keberadaan LPM mendapatkan posisi yang sangat unik dalam relasinya dengan birokrasi. Pada periode pertama Pemerintahan Bupati Drs. H. Radjamilo, LPM mendapatkan tempat “istimewa” sehingga agenda-agenda advokasinya mendapatkan sambutan hangat. Perda No.2 tahun 2007 tentang Pelayanan Publik adalah capaian luar biasa saat itu. Seiring berjalannya waktu, LPM terus berkembang. Level advokasi LPM terus meningkat tidak hanya pengaduan level Puskesmas, tetapi beberapa kebijakan Bupati mulai mendapatkan sorotan. Hal inilah yang kemudian menjadi sebab terjadinya “perpisahan politik” antara LPM dan Radjamilo.

Meskipun demikian, memburuknya hubungan LPM dengan Bupati, tidak berdampak pada relasinya dengan SKPD/Penyelenggara Layanan di lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto. *Engagement* dengan SKPD/Penyelenggara Layanan terus berjalan

²³ Wawancara Berkelompok dengan Tim Fasilitator PATTIRO Jeka, 18 Maret 2012.

bahkan menghasilkan capaian-capaian yang semakin maju. Penandatanganan Piagam Pelayanan antara LPM dengan Puskesmas salah satu contohnya. Menurut Bapak Sulaeman Natsir (Anggota FLA) menyatakan bahwa, “faktor keberhasilan ini adalah karena terus berkembangnya ruang-ruang pertautan dinamis antara penyelenggara layanan dan masyarakat sipil”.

LPM saat ini telah menjadi mitra dari SKPD/Penyelenggara Layanan Publik seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas, PLN, dan lain-lain. Hubungan baik ini karena keberadaan LPM memberikan kemanfaatan untuk mendukung kerja-kerja Penyelenggara Layanan, khususnya dalam membantu mensosialisasikan program-program kepada masyarakat. Keberadaan LPM juga mampu menjadi jembatan komunikasi yang efektif antara Penyelenggara Layanan dengan warga. Penyelenggara Layanan merasa, warga menjadi lebih meningkat kapasitasnya, sehingga daya kritisnya lebih terstruktur tidak “asal marah” ketika komplain.

Penandatanganan Piagam Pelayanan antara LPM dengan Puskesmas se-Jeneponto adalah bukti dimana relasi yang dibangun sangat positif. Piagam Pelayanan ini merupakan kesepakatan antara pengguna dan penyedia layanan tentang jenis pelayanan, prosedur, biaya, dan hal lain yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik. Piagam Pelayanan akan menjadi acuan bagi Penyelenggara Layanan untuk melaksanakan praktik layanan publik, sedangkan bagi LPM akan menjadi panduan untuk mengontrol jalannya penyelenggaraan pelayanan publik tersebut.

DPRD melihat keberadaan LPM mampu membantu mereka dalam menjangkau konstituennya, khususnya dalam menyerap aspirasi berupa pengaduan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan publik di wilayahnya. Pun demikian, aparat desa/kelurahan, Penyelenggara Layanan publik juga merespon positif atas keberadaan LPM karena membantu mereka dalam mensosialisasikan dan pengawasan program-program pemerintah. Bahkan beberapa kegiatan LPM juga dihadiri oleh Bapak Desa dan

Ibu Desa²⁴. Meskipun demikian, beberapa respon berbeda juga ditunjukkan oleh sebagian perangkat desa, dengan memposisikan LPM sebagai “momok” yang dapat mengancam “zona nyaman” mereka.

IV. CAPAIAN, DAMPAK DAN KEBERLANJUTAN

LPM dalam perjalanannya telah berhasil menorehkan tinta emas (baca: keberhasilan). Beberapa capaian keberhasilan tersebut adalah:

Pertama, Secara kelembagaan LPM telah berkembang pesat baik secara kuantitas dan kualitas. Berawal dari 5 LPM di 5 desa dampingan, saat ini berkembang menjadi 47 LPM di 47 desa/kelurahan di Kabupaten Jeneponto. Bahkan telah dibentuk forum LPM di level Kabupaten Jeneponto. Semakin banyaknya desa yang menjadi bagian dari keberadaan LPM tidak terlepas dari keberhasilan LPM dalam mendiseminasikan hasil kerjanya kepada masyarakat secara luas di Jeneponto. Bahkan dorongan untuk membentuk LPM muncul secara sukarela dari beberapa Desa.

Kedua, keberhasilan untuk mendorong Perda No.2 tahun 2007 tentang Pelayanan Publik di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto. Kehadiran Perda Pelayanan Publik telah menghadirkan jaminan terhadap pemenuhan pelayanan publik yang baik, berkualitas dan non diskriminatif bagi masyarakat Jeneponto. Hal ini dapat kita lihat dari 6 (enam) pengaturan dalam Perda Pelayanan Publik yang dinilai progresif:

- (1) Kewajiban bagi penyelenggara pelayanan untuk me-nyusun standar pelayanan, dengan prinsip: konsensus, sederhana, kongkret, mudah diukur, terbuka, terjangkau, dapat dipertanggungjawabkan, mempunyai batas waktu pencapaian dan berkesinambungan;
- (2) Kewajiban bagi penyelenggara pelayanan untuk membuat dan menyebarluaskan informasi maklumat pelayanan

²⁴ Indepth interview dengan Ibu Sugiyati (Aktivis LPM Des Bonto Ujung), 17 Maret 2012.

- publik. Maklumat pelayanan yang dituangkan dalam Piagam Pelayanan ditetapkan bersama antara penyelenggara dengan masyarakat;
- (3) Penghargaan dan jaminan khusus bagi kelompok rentan (cacat, lansia, wanita hamil dan balita) dengan mewajibkan kepada penyelenggara pelayanan untuk menyediakan sarana dan prasarana yang diperlukan serta akses khusus berupa kemudahan pelayanan;
 - (4) Perilaku aparat dalam penyampaian layanan juga secara khusus mendapatkan porsi pengaturan, paling tidak ada 13 hal yang menjadi etika penyampaian layanan yang harus menjadi pedoman bagi aparat;
 - (5) Adanya kesempatan bagi partisipasi masyarakat dan lembaga independen untuk melakukan pengawasan terhadap penyelenggara pelayanan publik; dan;
 - (6) Pengaturan mekanisme pengelolaan pengaduan dan pembentukan Komisi Pelayanan Publik sebagai institusi independen dengan kewenangan untuk mengelola pengaduan masyarakat, penyelesaian sengketa pelayanan publik dan memberikan rekomendasi.

Ketiga, Pada bulan April 2008, LPM di 13 desa intensif mengadakan pertemuan-pertemuan dengan 17 Puskesmas dan Dinas Kesehatan Jeneponto untuk membahas tentang standar pelayanan prima. Pertemuan-pertemuan ini dalam bentuk *workshop* berseri dengan melibatkan perwakilan LPM, Kepala Puskesmas, Dinas Kesehatan dan jaringan masyarakat sipil yang lain seperti PATTIRO Jeka.

Standar pelayanan prima Puskesmas dimaksudkan untuk memberikan pelayanan yang dapat memenuhi dan memuaskan pelanggan atau masyarakat serta memberikan fokus pelayanan kepada pelanggan serta memberdayakan masyarakat²⁵. Beberapa prinsip pelayanan Puskesmas yang disepakati adalah ke-

²⁵ Indepth Interview dengan H. Amiluddin, SKM, M.Kes (Kabid Bina Pelayanan Dinas Kesehatan Jeneponto) pada 16 Maret 2012.

sederhanaan, kejelasan, kepastian, keterbukaan, efisien, keadilan merata dan ketepatan waktu. Piagam Pelayanan juga menjelaskan tentang hak penerima layanan, kewajiban penerima layanan, kewajiban penyedia layanan, hak penyedia layanan dan standar pelayanan. Secara khusus dalam kesepakatan tentang standar pelayanan, diatur sangat detail tentang produk layanan, prosedur, waktu, biaya, sikap, kenyamanan, informasi, sarana dan layanan bagi kelompok rentan. Kesepakatan yang dimuat dalam Piagam Pelayanan tersebut memang dalam rangka untuk menjalankan UU Pelayanan Publik dan Perda Pelayanan Publik.



Setelah melalui sekian kali pertemuan, pada bulan Mei 2008, Piagam Pelayanan akhirnya ditanda tangani oleh Kepala Puskesmas dan Kepala Rumah Sakit Daerah. Keberhasilan LPM untuk mendorong proses penyusunan Piagam Pelayanan ini tidak terlepas dari kepercayaan dari pihak Puskesmas terhadap LPM. Sebagai wujud partisipasi masyarakat, keberadaan LPM selama ini telah mampu menjalin *engagement* yang cukup baik dengan stakeholder khususnya Penyelenggara Layanan.

Pengaruh LPM terhadap Perbaikan Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Piagam Pelayanan telah memperkuat kualitas pelayanan Puskesmas di Jeneponto. Prosedur dan alur pelayanan lebih jelas

dan terinformasikan kepada masyarakat. Perilaku layanan dari petugas menjadi lebih responsif dan ramah terhadap pengguna. “Puskesmas Arungkeke, telah menginformasikan alur dan biaya layanan kepada masyarakat dengan dipasang di loket pendaftaran, dan forum sosialisasi di desa”, demikian dikatakan Mansyur, SKM (Kepala Puskesmas Arungkeke). Selain itu, masih di Puskesmas Arungkeke, bahwa untuk menilai kualitas pelayanan, warga dapat dengan langsung melakukannya setelah menerima layanan. Cara yang digunakan adalah dengan mengisi “kotak kepuasan”. Jika puas maka memasukkan kartu hijau, sedangkan jika pelayanan buruk, maka diisi dengan kartu merah²⁶.



Pasca penandatanganan Piagam Pelayanan, relasi antara penyelenggara dan pengguna layanan semakin baik. LPM semakin intensif terlibat dalam pertemuan-pertemuan Loka karya Mini (Lokmin). Lokmin adalah pertemuan multipihak untuk mendiskusikan status kesehatan masyarakat dan tentunya adalah pelayanan Puskesmas. Kehadiran LPM adalah untuk memberikan masukan dan juga meneruskan kepada masyarakat setiap diperoleh informasi baru dari pertemuan tersebut. Salah satu terobosan adalah dengan adanya pelayanan khusus bagi lansia di Puskesmas, meskipun masih sebatas loket khusus (prioritas layanan).

Intensifnya interaksi LPM dan Puskesmas ikut berkontribusi dalam meningkatkan pelayanan Posyandu. Hal ini seiring dengan

²⁶ Indepth Interview dengan Mansyur, SKM (Kepala Puskesmas Arunkeke), 18 Maret 2012.

keberhasilan LPM dalam mengadvokasi insentif bagi Kader Posyandu dan pengaktifan Bidan Desa di Puskesmas Pembantu.

Pada kasus yang lain, kehadiran LPM juga mampu menjadikan penyaluran dana BOS dan Raskin lebih transparan dan akuntabel. Hal ini sangat dirasakan kemanfaatannya oleh masyarakat yang selama ini tidak pernah tahu jika beras yang diterima tidak sesuai dengan seharusnya. Hal ini seperti disampaikan oleh Ibu Sugiyati, “saya dan ibu-ibu pernah mengadu karena dana BOS 360 ribu yang ditanda tangan tetapi hanya 200 ribu yang keluar”.

Keberlanjutan

Strategi untuk menjaga keberlanjutan LPM pasca pendampingan oleh PATTIRO JEKA dan ACCESS sebetulnya telah menjadi bagian dari pendampingan yang dilakukan itu sendiri. Hal ini dilakukan dari sejak awal pada saat pembentukan LPM, telah melibatkan organisasi masyarakat yang ada di desa seperti karang taruna, dan remaja masjid. Langkah ini diambil agar kepemilikan LPM tidak berada di fasilitator ataupun PATTIRO Jeka, tetapi di aktor-aktor lokal. Disamping itu, LPM telah mempunyai perangkat organisasi yang cukup baik seperti struktur organisasi, nilai-nilai organisasi dan program kerja. Salah satu program kerja berupa pertemuan rutin yang dibungkus dalam “arisan” menjadi kekuatan penting untuk tetap menjaga dinamika roda organisasi.

Kegiatan penguatan kapasitas yang diselenggarakan oleh PATTIRO Jeka ataupun secara mandiri oleh LPM, memberikan kesempatan yang sama dan seluas-luasnya bagi aktivis LPM. Hal ini tentunya semakin memperluas dampak peningkatan kapasitas warga terutama terkait dengan kesadaran akan haknya dalam pelayanan publik.

Prioritas dan penyusunan strategi advokasi yang dilakukan secara partisipatif dengan melibatkan aktivis LPM dan warga secara langsung adalah cara yang sangat efektif digunakan oleh fasilitator untuk “*transfer of knowledge*” kepada aktivis LPM. Hal

ini termasuk kaitannya dengan relasi stakeholder. Pelibatan pengurus LPM ataupun aktor lokal dalam setiap kegiatan *lobby* dan *hearing* menjadikan sarana untuk memberikan bekal pengetahuan dan *skill* berjejaring dan berkomunikasi dengan para pihak.

V. KESIMPULAN

a. Aspek Inisiatif

1. Praktik baik partisipasi masyarakat dalam pelayanan publik di Kabupaten Jeneponto diwujudkan dalam pembentukan LPM yang berfungsi sebagai pusat belajar, pusat informasi dan pusat advokasi. Pembentukan LPM ini merupakan respon atas penyelenggaraan pelayanan publik yang buruk dan kebutuhan untuk memperkuat kesadaran (pemahaman) masyarakat terhadap hak-hak dasarnya. Keberhasilan perkembangan LPM baik secara kelembagaan maupun dalam kerja-kerja advokasi tak terlepas dari adanya kebutuhan bersama di level masyarakat untuk menyelesaikan problem pemenuhan pelayanan publik (kebutuhan dasar) yang buruk. Hal ini dapat kita lihat dari pengalaman di LPM Desa Bonto Ujung dan Desa Garassikang.
2. Keberhasilan praktik baik LPM di Jeneponto tak lepas dari peran PATTIRO Jeka. Sebagai inisiator, PATTIRO Jeka aktif sebagai fasilitator bagi masyarakat dalam memperkuat kapasitas dirinya, mampu mengorganisir diri dan menjalankan fungsinya dalam mengawasi penyelenggaraan pelayanan publik. Pada awal perkembangannya, peran PATTIRO Jeka memang dominan. Tetapi seiring dengan meningkatnya kapasitas LPM, peran PATTIRO Jeka lebih minor dan sifatnya hanya *supporting system* dari pengurus LPM.
3. Jika dilihat dari pola inisiatif pembentukan, di tahun awal perkembangannya memang terlihat peran PATTIRO Jeka lebih besar. Tetapi kemudian, seiring meningkatnya kepercayaan publik terhadap LPM, inisiatif pembentukan

LPM bahkan datang dari kebutuhan warga sendiri, melalui permintaan replikasi di Desanya. Ini tak terlepas dari keberhasilan LPM dalam melakukan kerja-kerja kampanye, untuk mendiseminasikan hasil-hasil kerjanya.

b. Aspek Proses Pelembagaan

1. Proses pelembagaan LPM diawali dengan memberikan pendidikan penyadaran hak kepada masyarakat melalui kegiatan-kegiatan penguatan kapasitas. Media pengembangan kapasitas yang dikembangkan oleh PATTIRO Jeka maupun secara mandiri oleh pengurus LPM meliputi: (1) Pelatihan hak dasar khususnya dalam pelayanan publik; (2) Pelatihan tentang keorganisasian; (3) Pelatihan tentang *skill* advokasi; (3) Forum diskusi berseri dengan penyelenggara layanan; (4) Pengembangan media kampanye dan publikasi seperti *talkshow* radio, papan informasi.
2. LPM sejak pembentukannya selalu menerapkan kesetaraan gender dan berpihak kepada kelompok marginal. Terdapat mekanisme keterwakilan perempuan dalam struktur organisasinya. Isu keadilan gender dan pembelaan terhadap kelompok marginal (miskin) menjadi topik-topik yang selalu diperbincangkan dalam pertemuan LPM. Bahkan agenda-agenda tersebut menjadi prioritas dalam kerja advokasi seperti pengawasan penyaluran Jampersal, penyelenggaraan Posyandu, dll. Pada praktiknya keterlibatan perempuan dalam pertemuan-pertemuan LPM lebih dominan. Meskipun hingga saat ini sedikit yang bersedia untuk mengisi jabatan formal dalam struktur LPM. Tetapi hal ini tidak berarti kiprah perempuan dalam aktivitas LPM hanya sekedar “numbang lewat” saja. Munculnya *champion-champion* LPM yang kebanyakan perempuan adalah indikator dimana kiprah perempuan dalam LPM cukup signifikan dan berkualitas. Hal terpenting bahwa keberadaan LPM adalah wadah bagi kelompok yang terpinggirkan.

3. Keberadaan LPM mendapatkan posisi yang sangat unik dalam relasinya dengan stakeholder. Pada awal pemerintahan Bupati Dr. H. Radjamilo, LPM mendapatkan tempat “istimewa”, tetapi kemudian terjadi “perpisahan politik”. Memburuknya hubungan LPM dengan Bupati tidak berdampak pada relasinya dengan SKPD/ Penyelenggara Layanan di lingkungan Pemerintah Jeneponto. Hal ini terbukti dengan semakin menguatnya *engagement* antara LPM dan Penyelenggara Layanan melalui penandatanganan Piagam Pelayanan di 18 Puskesmas. Faktor keberhasilan ini disebabkan oleh semakin berkembangnya ruang-ruang pertautan dinamis antara penyelenggara layanan dan masyarakat sipil.
4. Peran LPM dalam menjalankan fungsinya untuk mengawasi penyelenggaraan pelayanan publik masih bersifat *case by case* berdasarkan pengaduan yang masuk. LPM belum mengembangkan pendekatan pengawasan yang lebih sistematis, misalnya melalui pengembangan *tools minitoring* dan melakukannya secara berkala.
5. Keberhasilan LPM sehingga berkembang seperti saat ini, dipengaruhi oleh beberapa faktor: (1) Keberadaan fasilitator yang mendampingi aktivis LPM di desa, memungkinkan interaksi yang cukup intens, sehingga setiap perkembangan positif maupun negatif dapat terespon secara cepat; (2) Kapasitas warga yang terus meningkat; (3) Warga dapat melihat secara langsung manfaat keberadaan LPM baik dari yang dirasakan secara langsung maupun dari pengalaman desa tetangga; (4) Interaksi langsung antara LPM dengan instansi layanan yang intensif terjadi, sehingga semakin banyak terjadinya ruang pertautan dinamis; dan (5) Terjaganya nilai-nilai organisasi, yaitu transparan, akuntabel, tidak berpolitik praktis dan tanpa pamrih

c. Aspek Capaian, Dampak

1. Terjadinya peningkatan kapasitas yang sangat luar biasa di level masyarakat. Beberapa peningkatan kapasitas itu dapat kita lihat dari kemampuan masyarakat untuk mengorganisir diri, meningkatnya pengetahuan, sikap dan ketrampilan tentang pelayanan publik. Hal ini menjadikan masyarakat menjadi lebih berani memberikan respon aktif melalui pengaduan pelayanan publik. Hal ini secara pribadi diakui oleh Ibu Sugiyati, “kami jadi tidak takut lagi, untuk mengadu, bahkan beberapa orang tua sudah berani demo”.
2. Kehadiran LPM mampu memberikan pengaruh terhadap perubahan praktik pelayanan publik. Hal ini dapat kita lihat dari, keberhasilan mendorong Perda No. 2 tahun 2007 tentang Pelayanan Publik di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jeneponto; dan penandatanganan Standar Pelayanan di 18 Puskesmas.
3. Secara kelembagaan LPM telah berkembang pesat baik secara kuantitas dan kualitas. Berawal dari 5 LPM di 5 desa dampingan, saat ini berkembang menjadi 47 LPM di 47 desa/kelurahan di Kabupaten Jeneponto. Bahkan telah dibentuk forum LPM di level Kabupaten Jeneponto. Semakin banyaknya desa yang menjadi bagian dari keberadaan LPM tidak terlepas dari keberhasilan LPM dalam mendiseminasikan hasil kerjanya kepada masyarakat secara luas di Jeneponto. Bahkan dorongan untuk membentuk LPM muncul secara sukarela dari beberapa Desa.

VI. REKOMENDASI

1. LPM perlu untuk terus mendorong implementasi Perda Pelayanan Publik di Jeneponto. Melihat jaringan LPM yang begitu besar, desakan-desakan publik dapat ditingkatkan. Selain itu pendekatan *engagement* dengan Penyelenggara Layanan terus diperkuat, dengan meningkatkan pengaruhnya hingga level *technical assistance*.

2. LPM perlu mengembangkan *tools monitoring* pelayanan publik dan menjalankannya secara berkala, sehingga pendekatan pengawasan menjadi lebih sistematis, tidak *case by case*.
3. LPM perlu lebih banyak menciptakan ruang-ruang pertautan dinamis sehingga semakin banyak memunculkan *champion* pelayanan publik.
4. LPM harus tetap mempertahankan nilai-nilai integritas organisasi, khususnya untuk tidak terlibat pada keberpihakan politik menjelang pelaksanaan Pilkada di Jenepono.



MENJADIKAN SUARA WARGA LEBIH BERMAKNA

Studi tentang Pusat Pengaduan Pelayanan Publik di
Kabupaten Bantaeng

Oleh:

Akhmad Misbakhul Hasan dan Rahman

I. MENGGUGAT PERBAIKAN PELAYANAN PUBLIK

Kabupaten Bantaeng merupakan kabupaten yang relatif kecil tetapi mempunyai sumber daya pertanian dan perikanan yang cukup potensial untuk dikembangkan. Kabupaten Bantaeng merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan dengan luas wilayah 395,83 km² (39.583 Ha) atau 0,63% dari luas wilayah Sulawesi Selatan. Kabupaten Bantaeng terletak di daerah pantai yang memanjang pada bagian barat dan timur sepanjang 21,5 kilometer yang cukup potensial untuk perkembangan perikanan dan rumput laut. Dari 39. 583 Ha tersebut, 5.039 Ha merupakan lahan persawahan dan selebihnya adalah lahan kering. Dengan demikian, perekonomian Kabupaten Bantaeng juga sangat tergantung dari produksi pertanian.

Angka kemiskinan di Kabupaten Bantaeng masih relatif tinggi, meski jauh di bawah angka kemiskinan Provinsi Sulawesi Selatan maupun nasional.¹ Secara administrasi, Kabupaten Bantaeng terdiri atas 8 kecamatan yang terbagi atas 21 kelurahan dan 46 desa. Jumlah penduduk berdasarkan Sensus Penduduk tahun 2010 mencapai 176.699 jiwa dengan rincian 85.591 laki-laki dan 91.108 perempuan. *Tren* angka kemiskinan di Kabupaten Bantaeng sejak 2008 hingga 2010 mengalami fluktuasi. Pada 2008, jumlah orang miskin di Kabupaten Bantaeng mencapai 18,82 ribu jiwa. Jumlah ini kemudian turun sekitar 1.610 jiwa menjadi 17,21 ribu jiwa pada 2009 dan naik kembali pada 2010 menjadi 18,10 ribu jiwa (10%), meski kenaikannya tidak melebihi jumlah kemiskinan pada tahun 2008.



Arah kebijakan pembangunan Kabupaten Bantaeng fokus pada penguatan kapasitas desa dalam mengelola pembangunan dan pemenuhan hak warga. Sebagaimana tertuang dalam visi Bupati dan Wakil Bupati Bantaeng 2008–2013, arah kebijakan pembangunan Kabupaten Bantaeng fokus pada perwujudan Kabupaten Bantaeng menjadi “Wilayah Terkemuka Berbasis

¹ Angka kemiskinan Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2010 dan 2011 mencapai 11,60% dan 10,20% sedangkan angka kemiskinan nasional mencapai 13,33 % dan 12,49%.

Desa Mandiri”.² Desa dijadikan garda terdepan pembangunan. Dengan demikian, dapat diasumsikan bahwa berkembangnya desa-desa di Kabupaten Bantaeng dalam mengelola potensinya masing-masing, baik secara langsung maupun tidak langsung akan meningkatkan efektivitas sasaran pembangunan daerah seperti pemenuhan hak-hak warga melalui pelayanan publik yang prima, meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan pendapatan daerah, dan lain sebagainya.

Visi tersebut tampak niscaya diwujudkan mengingat komitmen pemerintah daerah yang memberi ruang cukup luas bagi partisipasi masyarakat. Paling tidak, ada dua point tentang partisipasi masyarakat dalam rumusan misi Pemerintahan Kabupaten Bantaeng, Pertama, memfasilitasi pengembangan kapasitas setiap penduduk Bantaeng agar mampu meningkatkan produktivitasnya secara berkesinambungan serta mampu menyalurkan pendapat dan aspirasinya pada semua bidang kehidupan secara bebas dan mandiri; dan Kedua, mendorong serta memfasilitasi tumbuh kembangnya kelembagaan masyarakat pada semua bidang kehidupan dengan memberikan perhatian utama kepada pembangunan perekonomian daerah yang memicu pertumbuhan kesempatan berusaha dan kesempatan kerja.³

Pemenuhan hak-hak dasar warga melalui pelayanan publik yang baik menjadi inti kebijakan umum pembangunan daerah Kabupaten Bantaeng. Pemerintah daerah merumuskan kebijakan umum daerah Kabupaten Bantaeng dalam 5 agenda pembangunan, yakni: 1) meningkatkan wawasan dan kapasitas manusia; 2) mewujudkan desa dan kelurahan mandiri; 3) mewujudkan Bantaeng sebagai entitas yang padu; 4) meningkatkan pertumbuhan

² Perda No. 7 Tahun 2009 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Bantaeng Tahun 2008 – 2013.

³ Dua misi tersebut diharapkan menjadi prasyarat bagi pencapaian misi ketiga Kabupaten Bantaeng, yakni mengembangkan daerah melalui pemanfaatan potensi dan sumber-daya kabupaten sedemikian rupa, sehingga secara langsung maupun tidak langsung memberikan kontribusi terhadap pencapaian sasaran pembangunan Provinsi Sulawesi Selatan, serta berdampak positif terhadap pengembangan kawasan sekitar.

ekonomi kabupaten dan kawasan sekitar; dan 5) mewujudkan kelembagaan pemerintah yang amanah. Point 1 sangat terkait dengan pemenuhan hak atas kesehatan dan pendidikan. Implementasi dari point 1 adalah peningkatan ketersediaan dan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan dan pendidikan. Dan prasyarat terpenuhinya point satu dan juga point 2, 3, 4 adalah terwujudnya kelembagaan pemerintah daerah yang amanah serta berkinerja baik.

Perwujudan pelayanan publik yang prima dan bermutu juga menjadi ‘mimpi’ seluruh stakeholder Kabupaten Bantaeng yang tergabung dalam Forum Lintas Aktor (FLA). Dalam Pertemuan Apresiasi Kabupaten (PAK) yang dihadiri oleh sebagian besar komponen Organisasi Masyarakat Sipil (OMS), Pemerintah Daerah (Pemda), dan DPRD Kabupaten Bantaeng yang digelar pada medio Oktober 2008⁴, salah satu ‘mimpi’ untuk memajukan Bantaeng adalah lahirnya unit-unit pelayanan publik di Kabupaten Bantaeng yang menerapkan pelayanan prima dan bermutu, di mana semua warga terutama warga miskin dan perempuan, dapat mengakses dengan mudah layanan penuntasan wajib belajar 12 tahun, pelayanan kesehatan prima, serta akses bagi anak-anak keluarga miskin untuk memperoleh pendidikan yang bermutu pada sekolah-sekolah unggulan.

Berdasarkan peninjauan yang dilakukan oleh YasKO, kondisi pelayanan publik di Kabupaten Bantaeng khususnya bagi masyarakat miskin, perempuan, dan kelompok marginal masih memprihatinkan. “Mimpi” sebagian besar *stakeholder* Kabupaten Bantaeng untuk turut mewujudkan pelayanan publik prima masih terkendala beberapa faktor, antara lain, Peraturan mengenai pelayanan publik yang ada kurang mendorong munculnya pelayanan yang baik bagi masyarakat miskin termasuk ketidak-efektifan atau ketiadaan mekanisme pengaduan; Lemahnya etos dan komitmen dari pejabat dan petugas pelayanan publik dalam memberikan pelayanan, terlebih-lebih terhadap kelompok masyarakat miskin; Rendahnya prioritas alokasi anggaran

⁴ Seluruh komponen masyarakat sipil, pemerintah daerah dan DPRD Kabupaten Bantaeng tergabung dalam Forum Lintas Aktor (FLA) Kabupaten Bantaeng.

pemerintah untuk peningkatan kualitas pelayanan publik bagi kelompok masyarakat miskin dan perempuan; dan Rendahnya kesadaran masyarakat terhadap hak-hak mereka untuk memperoleh pelayanan publik yang baik. Faktor-faktor inilah yang ditemukan saat YasKo melakukan peninjauan (*assesment*) di awal Program Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Melalui Partisipasi Masyarakat Dalam Rangka Mewujudkan Pemerintahan Yang Baik.

Pada sektor pendidikan, pemenuhan hak atas pendidikan dasar 9 tahun saja belum tercapai, apalagi penuntasan wajib belajar 12 tahun. Perwujudan ‘mimpi’ pelayanan pendidikan yang merata dan bermutu hingga kini masih menjadi tantangan cukup berat. Hal ini dapat dilihat terutama tingkat APS pada jenjang pendidikan dasar, baik untuk penuntasan wajib belajar 9 tahun maupun 12 tahun. Secara agregat, tren APS untuk jenjang pendidikan SD dan SLTP mengalami kenaikan dari 2008-2010, yaitu 9,03%, 8,66%, dan 10,38%. Sedangkan bila ditambahkan juga dengan jenjang SMU/ sederajat, trennya fluktuatif, tetapi di 2010 meningkat cukup tinggi yaitu 13,24%, 10,28%, dan 15,94% (Lihat Tabel 1).

Tabel 1
Persentase Angka Partisipasi Kasar (APK), Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Putus Sekolah (APS)
Kabupaten Bantaeng Tahun 2008-2010

Jenjang Pendidikan	APK			APM			APS		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
SD/Sederajat	91,98	92,83	109,08	54,03	88,49	93,06	3,01	7,25	2,76
SLTP/Sederajat	68,75	72,80	65,26	54,85	65,22	65,26	6,02	1,41	7,62
SMU/Sederajat	44,52	38,03	54,51	42,24	48,04	54,51	4,21	1,62	5,56

Sumber : Bantaeng Dalam Angka 2011

Pada sektor kesehatan, ‘mimpi’ untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang prima masih terbentur oleh indikator kesehatan

yang buruk, terutama pada tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) dan rendahnya penolong persalinan oleh tenaga kesehatan. Tren kasus Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Bantaeng pada tahun 2008 hingga 2010 masih relatif tinggi, yakni 53, 48, dan 44 kasus. Hal ini berbanding lurus dengan rendahnya penolong persalinan yang lewat dokter dan atau bidan yang jumlahnya tidak lebih dari 50%. Masyarakat masih mempercayai dukun sebagai penolong persalinan saat melahirkan. Angkanya cukup mencengangkan, yakni sekitar 50% lebih dalam 3 tahun terakhir.

Tabel 2

Indikator Kesehatan Kabupaten Bantaeng

No.	Indikator Kesehatan	2008	2009	2010
1	Angka Harapan Hidup	72,65	73,12	73,60
2	Angka Kematian Bayi	53	48	44
3	Penolong Persalinan:			
	<i>Dokter</i>	3,71	3,63	6,03
	<i>Bidan</i>	44,85	42,35	42,92
	<i>Dukun</i>	50,08	52,11	49,99

Sumber : Bantaeng Dalam Angka 2011

Selain itu, ketidak-efektifan atau bahkan ketiadaan Standar Pelayanan dan Mekanisme Pengaduan pada penyelenggara pelayanan publik juga menjadi fokus agenda advokasi bersama seluruh stakeholder Kabupaten Bantaeng. Apabila ditelusuri lebih mendalam, salah satu faktor utama yang mempengaruhi citra buruk pelayanan publik di Kabupaten Bantaeng di atas adalah ketidak-efektifan atau bahkan ketiadaan Standar Pelayanan pada unit-unit penyelenggara pelayanan publik. Ketiadaan Standar Pelayanan ini diperparah oleh ketidak-efektifan atau ketiadaan unit pengaduan, sehingga masyarakat tidak tahu mau mengadu kemana dan kalau sudah melakukan pengaduan, seringkali tidak jelas penyelesaiannya. Hal inilah yang juga muncul saat penyusunan agenda advokasi bersama mewujudkan pelayanan publik prima dan berpihak kepada warga miskin dan perempuan.

II. PEMBENTUKAN DAN PELEMBAGAAN PUSAT PENGADUAN

II.1. Menggagas Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4)

Budaya malu dan kekhawatiran mendapat intimidasi menyebabkan masyarakat relatif tertutup dan cenderung apatis terhadap pelayanan publik yang mereka terima. Ide awal pembentukan Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) Kabupaten Bantaeng selain buruknya kondisi pelayanan publik, juga berangkat dari kultur masyarakat Bantaeng yang masih malu-malu dan tidak ada keberanian mengungkapkan apa yang mereka rasakan terkait dengan pelayanan publik. Ketakutan masyarakat tersebut sebenarnya sangat beralasan karena mereka justru sering mendapat intimidasi dari orang-orang yang tidak dikenal saat mengeluhkan pelayanan yang mereka terima. Atau ada perasaan ‘tidak enak’ karena penyelenggara layanan di tingkat desa atau kecamatan, semisal Kepala Desa/Lurah, Petugas Polindes/Puskesmas, dst, terkadang masih tergolong saudara. Pada akhirnya, masyarakat hanya sebatas ‘omong-omong di belakang’, mengeluhkan ketidakberesan pelayanan yang mereka terima.

Yayasan Karaeng Opu (YasKO), mendorong inisiasi pembentukan *Community Centre* yang berubah nama menjadi Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) di Kabupaten Bantaeng. Kondisi masyarakat sebagaimana disampaikan di atas berlangsung cukup lama sehingga meresahkan kalangan Organisasi Masyarakat Sipil (OMS), termasuk Yayasan Karaeng Opu (YasKO) Bantaeng. YasKO melihat bahwa masyarakat masih ‘enggan’ melaporkan keluhan-keluhan yang mereka rasakan dan hanya membincangkannya di warung kopi, pertemuan-pertemuan pengajian ibu-ibu, dan lain sebagainya, tanpa ada solusi. Untuk itu, YasKO mulai menggagas pembentukan pusat pengaduan pelayanan publik di tingkat desa. Sebagai pilot project, ada 5 desa yang difasilitasi untuk membentuk pusat pengaduan dulunya bernama *Community Centre* (CC)⁵.

⁵ 5 desa yang membentuk *Community Centre* (CC) di awal program Access Tahap I adalah Desa Baruga dengan nama CC Sipakatau, Desa Bonto Manai dengan nama CC Sipakainga, Desa Nipa-Nipa dengan nama CC Sikamaseang, Desa Bonto Daeng dengan nama CC Bunga Daeng, dan Desa Arang Loe dengan nama CC Assamaturu.

Jumlah ini kemudian terus meningkat seiring kiprah CC yang berganti nama menjadi Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) yang sangat serius mengawal pengaduan dari masyarakat dan telah memberikan manfaat secara nyata. Saat ini (2011), P4 sudah berkembang di 26 desa dan 1 kelurahan.

Tabel 3
Daftar P4 dan Nama Pegiat P4 Kabupaten Bantaeng

NO	DESA	NAMA PEGIAT		
		KETUA	ANGGOTA	ANGGOTA
1	Nipa-Nipa	Abd. Haris	Hariadi	Isra
2	Baruga	S. Dg. Nyonyo	Rosdiana	Jumaing
3	Parangloe	Harmina	Ahmad Nur	Ismail
4	Bonto Daeng	Jusnaeni	Nurjanna	Dg. Rappe
5	Baonto Manai	Dg. Liwang	Ratna	Diana
6	Bonto Jai	Rahman	Syarifa Jum	H. Darwis
7	Bonto Salluang	Edy Sujaryadi	Marzuki	Hasniar
8	Bonto Marannu	Nuraeni	Nurlia	Suriyanti
9	Bonto Tallasa	Jumran	Kasmawati	Anti
10	Bonto Tangnga	Mahmuddin	Saldi Iswandi	Hasmawati
11	Ulugalung	Nursam	Rahmania	Nurhayani
12	Mamampang	Hamzah	Sitti R	Jumaing
13	Bonto Maccini	Amiruddin	Jumakking	Syamsiah
14	Bonto Karaeng	Nasrun	Suhaeni	Nursyamsi
15	Kaloling	Rano Muros	Maskur	Nurhajar
16	Bajiminasa	Ismail	Murni	Sahiruddin
17	Pa'jukukang	Drs. Kammisi	Kasmawati	Rosnaeni
18	Pattallasang	Irman Nur	Nuraeni	Normah
19	Bonto-bontoa	H. Saleh	Usman	Dra.St. Asri Ali
20	Kayu Loe	Hamzah	Israk, A.M.a	Rahma
21	Bonto Cinde	H. Syamsiah	Banang	Kilajuddin
22	Bonto Bulaeng	Thamrin	Kamasia	Usman
23	Bonto Lojong	H. Tahir	Sabir	Te'ne
24	Kampala	Nur Intan	Hasni	Saharuddin
25	Batu Karaeng	Hamka	Abd. Hamid	Hastuti
26	Biangloe	Kasmawati	Sakir	Nurlia
27	Balumbung	Wirahadi	Syamsiah	Supiana

Awal pembentukan Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) tingkat komunitas (desa/kelurahan) di Kabupaten Bantaeng dilakukan melalui Workshop Warga. Tidak jauh berbeda dengan proses pembentukan *Community Centre* yang digagas pada awal program Access tahap pertama (2006), proses pembentukan P4 dimulai dengan penyelenggaraan Workshop Inisiasi Pengembangan Pusat Pengaduan Pelayanan Publik. Workshop ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi masalah dan kondisi penanganan pengaduan pelayanan publik yang dialami warga selama ini. Selain itu, Workshop ini juga memberikan visioning kepada warga atas ekspektasi dan merumuskan langkah-langkah perwujudan pelayanan publik yang baik hingga kesepakatan pembentukan kelembagaan sebagai pusat pengaduan warga. P4 yang terbentuk mempunyai fungsi sebagai wadah penyampaian pengaduan, menjadi pusat informasi, dan juga media pembelajaran warga.

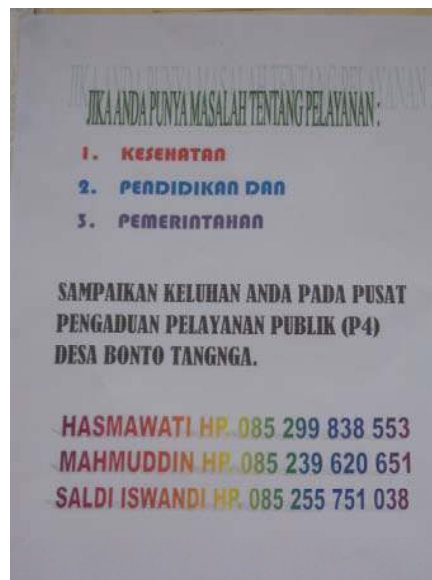
Rata-rata, pegiat Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) di satu desa berjumlah 3 sampai 4 orang, namun ada 3 desa yang semua pegiat P4-nya adalah perempuan. Pegiat *Community Centre* dulunya berjumlah 5 orang, karena dianggap kurang efektif, saat berganti nama menjadi P4, jumlah pegiatnya disepakati cukup 3 orang meski ada yang 4 orang. Pemilihan para pegiat P4 dilakukan secara aklamasi oleh warga atau melalui pemilihan menggunakan kertas suara. Bila melalui pemilihan, biasanya ada 6 orang yang diusulkan, kemudian dipilih 3 orang. “Dari 3 orang pegiat P4, 1 orang harus perwakilan perempuan, 1 orang Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM)” kata Supriadi Ukkas, Koordinator Program YasKo. “Namun tidak menutup kemungkinan, seluruh pegiat P4 adalah perempuan, sebagaimana terjadi di P4 Desa Bonto Daeng, P4 Desa Bonto Marannu, dan P4 Desa Ulu Galung” imbuhnya.

Penguatan kapasitas pegiat P4 akan menumbuhkan kepercayaan masyarakat dan naiknya bargaining position dihadapan pemerintah (penyelenggara dan pengambil kebijakan pelayanan publik. Tidak hanya berhenti pada pembentukan

kelembagaan P4. Untuk meningkatkan dan menguatkan kapasitas pegiat P4, diselenggarakan Pelatihan Pengelolaan Pengaduan dan Manajemen Pelayanan Publik. Pelatihan ini dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan tentang seluk-beluk pelayanan publik, dari regulasi hingga mekanisme pengaduan (komplain) dan cara mengelolanya. Selain itu, para pegiat P4 juga dibekali kemampuan advokasi melalui Pelatihan Strategi Advokasi. Pelatihan ini bertujuan untuk memberi pemahaman dan skill advokasi, bagaimana menindaklanjuti pengaduan masyarakat, bagaimana me-nyuarakannya kepada penyelenggara maupun pengambil kebijakan, media apa yang bisa digunakan untuk diseminasi, dan seterusnya. Semua pelatihan tersebut dimaksudkan untuk menumbuhkan kepercayaan masyarakat atas kemampuan pegiat P4 dalam mengelola dan mengawal komplain yang disampaikan warga kepada pemerintah.

Pola kerja P4 dimulai dari pembentukan posko pengaduan hingga melakukan advokasi pengaduan kepada penyelenggara layanan. Kode etiknya adalah pegiat P4 tidak boleh aktif 'men-jemput' pengaduan karena akan dikesankan

cari-cari masalah. Secara umum, pola kerja yang dikembangkan oleh pegiat P4 pasca pembentukan posko pengaduan adalah mensosialisasikan keberadaan P4 kepada seluruh warga desa. Sosialisasi ini berupa pembuatan spanduk, brosur atau diskusi-diskusi di tempat umum (masjid/musholla, majelis ta'lim, dll) dan pertemuan informal dengan warga. Setelah itu, pegiat P4 siap



menerima pengaduan masyarakat dengan mempersiapkan format (form) pengaduan. Seringkali, warga dalam mengadukan keluhannya disampaikan saat bertemu pegiat P4 di jalan, lewat telepon/SMS, dan ada juga yang melapor ke posko pengaduan. “Masyarakat lebih senang mengadukan sesuatu ketika bertemu saya di jalan atau lewat SMS” kata Mahmudin, pegiat P4 Desa Bonto Tangnga. “Dengan begitu, mereka tidak khawatir dicap tukang ngadu oleh warga yang lain” imbuhnya.

Pengaduan yang bisa langsung ditangani oleh pegiat P4 diselesaikan saat itu juga, tapi bila tidak, dilakukan advokasi ke penyelenggara layanan terkait. Pengaduan yang bisa langsung diselesaikan oleh pegiat P4 contohnya adalah masalah proses pengurusan Jamkesda atau Raskin. Biasanya, adanya pengaduan masyarakat dikarenakan ketidaktahuan mereka akan prosedur mengurus Jamkesda atau Raskin. Saat itulah pegiat P4 memberi informasi tata cara mengurus Jamkesda atau Raskin. Apabila pengaduannya merupakan masalah yang tidak dapat langsung ditangani, pegiat P4 kemudian membuat ringkasan (kronologi) kasus untuk disampaikan kepada penyelenggara layanan yang diadakan.

Eksistensi P4 tidak lepas dari peran 10 orang Fasilitator Pendamping yang selalu memberikan assistensi dan menjadi mitra diskusi para pegiat P4. Dalam melaksanakan fungsi-fungsinya, para pegiat P4 tidak dilepas begitu saja sebagaimana awal mula CC berdiri, tetapi didampingi oleh Fasilitator Pendamping. Fasilitator Pendamping mempunyai peran sangat signifikan dalam mendinamisasi fungsi-fungsi P4, yakni memberikan assistensi pengelolaan dan penanganan pengaduan maupun menjadi mitra diskusi para pegiat P4. Saat ini ada 10 orang yang ditunjuk oleh YasKo sebagai Fasilitator Pendamping P4, di mana satu orang pendamping mengawal 3 desa. Menurut Mahmudin, fasilitator pendamping bisa 14 kali bolak-balik ke Desa Bonto Tangnga setiap bulannya untuk memberi assistensi atau sekedar mengajak diskusi.

II.2 Kepercayaan Warga, Kunci Sukses Partisipasi

Kemenangan ‘kecil’ akan membangkitkan kepercayaan diri pegiat P4 dan menumbuhkan partisipasi masyarakat. Dalam masyarakat yang masih berbudaya malu dan belum ada keberanian untuk secara langsung berhadapan dengan pemerintah (*passive citizen*), bukti keberhasilan advokasi akan menjadi nilai tersendiri bagi tumbuhnya kepercayaan diri pegiat P4 dan tumbuhnya partisipasi masyarakat. Untuk menumbuhkan rasa percaya (*trust*) masyarakat terhadap keberadaan P4 di tingkat desa atau kelurahan memang tidak mudah. P4 tidak hanya dituntut untuk mampu mengelola pengaduan-pengaduan yang diterima dari masyarakat, tetapi dituntut pula untuk mengupayakan jalan keluarnya. Di sinilah peran P4 sebagai mediator setiap pengaduan (kasus) diuji.

P4 bertugas melakukan advokasi pada hal-hal ‘kecil’ yang punya dampak besar bagi masyarakat warga. Contohnya adalah kasus yang menimpa Ibu Irma dari Desa Nipa-Nipa. Sebagai masyarakat miskin, Ibu Irma tentu saja sangat berat ketika diminta membayar uang sebesar Rp 600 ribu oleh Bidan Desa untuk biaya persalinannya. Padahal, persalinan merupakan salah satu bentuk layanan yang digratiskan di Kabupaten Bantaeng. Di sinilah peran P4 Desa Nipa-Nipa yang harus ‘jemput bola’ mencari keterangan langsung dari Ibu Irma dan tetangga sekitarnya. Setelah semua keterangan didapat disertai bukti-bukti yang kuat, P4 Desa Nipa-Nipa kemudian menyampaikan kasus tersebut kepada Kepala Puskesmas Nipa-Nipa. Respon pihak Puskesmas cukup baik dengan memerintahkan bidan bersangkutan mengembalikan biaya yang ditarik dari Bu Irma. Dari kasus inilah kemudian terungkap bahwa penarikan biaya persalinan tidak hanya dialami oleh Ibu Irma, tetapi juga dialami oleh ibu-ibu yang lain.

Contoh lain adalah advokasi P4 Desa Bonto Daeng atas pengaduan orang tua murid yang ijazah SD anaknya ditahan (tidak diberikan) oleh Kepala Sekolah karena tidak mampu membayar. Kasus ini terjadi pada 2009 di salah satu SD Inpres di Kecamatan

Ulu Ere. Adalah Nurjannah, ibu 3 anak yang sehari-hari menjadi Ibu Rumah Tangga yang punya peran besar menyelesaikan kasus ini. Bersama 2 orang rekan perempuannya yang aktif sebagai pegiat P4 Desa Bonto Daeng, Nurjannah mencoba mencari kebenaran informasi tentang ditahannya ijazah beberapa siswa oleh Kepala Sekolah SD tersebut. Setelah informasi yang diterima dianggap cukup dan valid, ia menuangkannya dalam formulir pengaduan dan disampaikan kepada Kepala Dinas Cabang Kecamatan Ulu Ere. Hanya dalam jangka 2 hari, Kepala Dinas Cabang berhasil memfasilitasi pertemuan antara wali murid dengan pihak sekolah. Hasilnya, seluruh ijazah siswa diberikan tanpa ada pungutan biaya apapun. Bahkan pihak sekolah akhirnya meminta maaf atas kebijakan yang telah merugikan orang tua murid.

II.3. Piagam Warga dan Dukungan ADD

Untuk menjamin pelayanan publik yang prima, masyarakat bersama-sama dengan penyelenggara layanan publik sepakat menandatangani Piagam Warga. Capaian yang cukup fenomenal atas kiprah P4 selama ini adalah mendorong lahirnya Piagam Warga. Piagam Warga merupakan kesepakatan bersama antara masyarakat dengan penyelenggara layanan tentang hak dan kewajiban masing-masing. Dari 27 desa yang sudah membentuk P4, ada 6 desa yang sudah melahirkan Piagam Warga, salah satunya adalah Desa Bonto Tangnga. Piagam Warga Desa Bonto Tangnga mengatur tentang Prosedur Pelayanan dan Mekanisme Kontrol Masyarakat terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan di Polindes. Sementara 5 Piagam Warga lainnya mengatur tentang Pelayanan Administrasi Desa.

Proses Lahirnya Piagam Warga Desa Bonto Tangnga

Ketidakpastian kehadiran Bidan Desa di Polindes menjadi faktor utama mengapa warga Desa Bonto Tangnga mengadukan persoalan ini ke Pegiat P4. Tidak mau kalah, bidan desa juga mengadukan bahwa kesadaran warga untuk memeriksakan kesehatannya ke Polindes sangat

rendah, dia harus ke rumah-rumah warga yang sakit yang letaknya berjauhan dan meninggalkan Polindes kosong. Situasi ini sudah berlangsung lama sehingga meresahkan kedua belah pihak. Untuk itu, para pegiat P4 berusaha merumuskan solusi atas permasalahan ini dengan mengambil beberapa langkah.

Awalnya para pegiat P4 melakukan konsolidasi dengan Kepala Desa, BPD, Bidan Desa dan perwakilan masyarakat terkait rencana penyusunan Kesepakatan Bersama (Piagam Warga). Dalam konsolidasi ini, disepakati bahwa isi Piagam Warga harus mencerminkan kebutuhan masyarakat, sehingga perlu dilaksanakannya musyawarah dusun dalam rangka mengidentifikasi masukan-masukan masyarakat.

Setelah semua dusun melakukan musyawarah, hasilnya kemudian dimusyawarahkan di tingkat desa dengan menghadirkan Kepala Desa beserta perangkatnya, BPD, bidan desa, kader posyandu, pegiat P4, Yasko, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh pemuda, masyarakat miskin dan dasa wisma serta PKK Desa Bonto Tangnga. Dari musyawarah desa ini lahirlah beberapa masukan dari berbagai pihak yang selanjutnya disebut sebagai Draf Awal Piagam Warga.

Agar isi Piagam Warga terumuskan dengan narasi yang baik tanpa mengurangi substansi yang dihasilkan saat musyawarah desa, maka dibentuk Tim Perumus yang beranggotakan 5 orang yang terdiri dari kader posyandu 1 orang, wakil perempuan 1 orang, BPD 1 orang, Pemerintah Desa 1 orang dan wakil masyarakat 1 orang. Tim Perumus diberi waktu selama 14 hari untuk finalisasi Piagam Warga. Pegiat P4 dan Yasko berposisi sebagai pendamping apabila ada persoalan yang kurang dipahami oleh Tim Perumus.

Tim Perumus hanya butuh waktu 12 hari untuk menyelesaikan tugasnya. Draft akhir Piagam Warga yang dihasilkan Tim Perumus kemudian diplenokan kembali pada forum musyawarah di tingkat desa, sekaligus dilakukan penandatanganan Piagam Warga Kesepakatan Bersama Antara Masyarakat Desa Bonto Tangnga Dengan Polindes Desa Bonto Tangnga Tentang Prosedur Pelayanan dan Mekanisme Kontrol Masyarakat terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan di Polindes oleh 3 Wakil Masyarakat dan Bidan Desa pada 20 Desember 2010.

Dengan adanya Piagam Warga di Polindes Bonto Tangnga, warga yang berobat maupun sekedar memeriksakan kesehatan ke Polindes semakin banyak. Berdasarkan catatan Bidan Desa Bonto Tangnga, warga yang berobat atau memeriksakan kesehatannya di

Polindes rata-rata berjumlah 80-90 orang setiap bulan. “Dulunya, sangat sulit meyakinkan warga untuk berobat, periksa kesehatan atau kehamilannya ke sini (Poskesdes). Saya sampai harus ke rumah-rumah ketika ada warga yang sakit. Sejak ditandatanganinya Piagam Warga, warga mulai banyak yang datang” kata Bahraini, Bidan Desa Bonto Tangnga. Isi Piagam Warga antara lain mengatur tentang jam pelayanan, kesediaan bidan melayani di luar jam kerja, mengutamakan pelayanan daripada administrasi, mendampingi pasien di tempat rujukan, kewajiban masyarakat memeriksakan kesehatannya ke Polindes, kewajiban ibu hamil memeriksakan kehamilannya ke Polindes sesuai jadwal, dan lain sebagainya.

Kemitraan antara P4 dengan Perangkat Desa (Kepala Desa) terbangun apik dalam mewujudkan pelayanan publik di Desa Baruga. Sejak awal kemunculan P4 di Desa Baruga, respon Kepala Desa beserta perangkatnya sangat positif karena dianggap akan membantu tugas-tugas pemerintahan desa. Dan terbukti, keberadaan P4 paling tidak telah mengurangi beban kerja Kepala Desa. “Sebelum ada P4, saya terjun langsung ke masyarakat untuk mendengar dan menindaklanjuti keluhan masyarakat, kadang sampai jam 1 malam karena wilayah Baruga cukup luas. Tetapi setelah ada P4, sebagian besar pengaduan mulai masuk ke P4 sehingga tinggal dikoordinasikan dengan saya dan BPD” kata H. Irianto, Kepala Desa Baruga.

P4 Desa Baruga mendapat support anggaran dari Alokasi Dana Desa (ADD). Sebagaimana pengakuan Kepala Desa Baruga, beliau merasa berhutang budi bila tidak memperhatikan para pegiat P4. Untuk itu, setelah diskusi dengan BPD, disepakati adanya alokasi ADD untuk operasional pegiat P4 Desa Baruga mulai tahun anggaran 2011. Besaran biaya operasional P4 yang disepakati adalah Rp 75.000 per bulan untuk satu orang koordinator dan untuk 3 orang anggota masing-masing sebesar Rp 50.000 per bulan. Pengalokasian dana ADD untuk operasional P4 telah menginspirasi desa-desa lain untuk melakukan hal yang sama, namun terbentur aturan.

III. PERBAIKAN KINERJA PELAYANAN PUBLIK KABUPATEN BANTAENG

Inisiasi praktik baik pelayanan publik pun dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Bantaeng. Dilandasi komitmen perwujudan visi-misi melalui kebijakan umum pembangunan daerah, pelayanan publik yang prima kini mulai menampakkan hasil. Paling tidak, hal ini terlihat dalam satu tahun terakhir, antara 2010 hingga 2011. Indikator perbaikan kinerja pelayanan publik tersebut adalah banyaknya penghargaan yang diterima oleh Pemerintah Kabupaten Bantaeng pada 2011. Penghargaan tersebut diterima dari Fajar Institute of Pro Otonomi (FIPO) dan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Dalam penganugerahan otonomi award 2011 yang dihelat oleh Fajar Institute of Pro Otonomi (FIPO), Kabupaten Bantaeng mendapat dua kategori award dan satu kategori grand award. Dua award yang diperoleh adalah untuk kategori pemberdayaan masyarakat dan pengentasan kemiskinan serta kategori bidang pelayanan kesehatan. Sedangkan grand award yang diperoleh adalah untuk kategori bidang pelayanan publik.⁶ Pada 14 November 2011, Kabupaten Bantaeng juga mendapat penghargaan dari Menteri Kesehatan atas keberhasilan Bantaeng menjadi Kabupaten Sehat Tingkat Nasional.⁷ Berikut adalah dua potret kinerja pelayanan publik di Kabupaten Bantaeng:

III.1. Kinerja Layanan Kesehatan; Lahirnya BSB

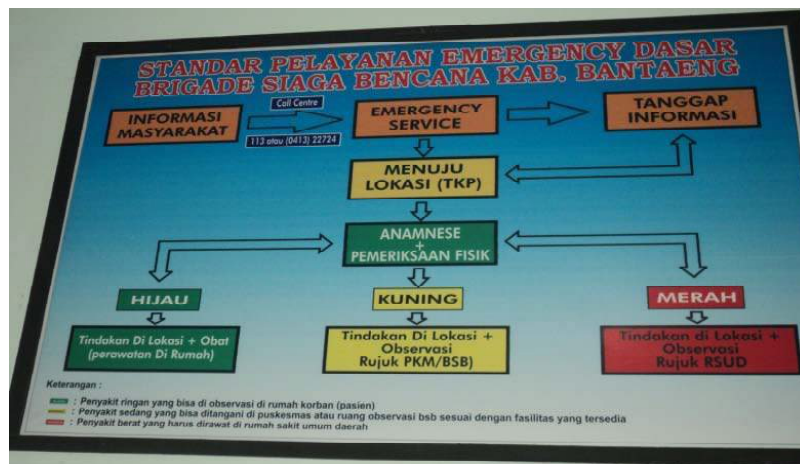
Salah satu praktik baik yang diinisiasi oleh Pemerintah Kabupaten Bantaeng dalam bidang kesehatan adalah pembentukan Brigade Siaga Bencana (BSB). BSB diinisiasi sejak awal Desember 2009 Bupati Bantaeng yang melibatkan tiga SKPD, yaitu SKPD Kesehatan, SKPD Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dan Bapedalda. Gagasan awal pembentukan BSB adalah untuk

⁶ <http://makassar.antaranews.com/berita/29431/bantaeng-raih-penghargaan-terbanyak-otonomi-awards>, Kamis, 16 Februari 2012, Pukul 22.05 WIB.

⁷ <http://regional.kompasiana.com/2011/11/23/bantaeng-sebagai-kabupaten-sehat-tingkat-nasional/>; Senin, 27 Februari 2012, Pukul 21.30 WIB.

mengatasi kondisi masyarakat yang butuh perawatan kesehatan namun terkendala transportasi, terutama pada malam hari. Untuk itu, BSB berkomitmen memberikan pelayanan kesehatan tercepat dan terdepan tidak hanya terhadap kejadian kecelakaan atau bencana, tetapi juga masyarakat yang menderita sakit dan butuh perawatan segera, meski tempat tinggalnya di pelosok desa.

Dukungan dokter profesional, para perawat yang gigih dan sarana ambulans menjadikan BSB tumpuan kesehatan masyarakat. Bukan hanya karena gratis dalam memberikan layanannya, BSB juga didukung oleh sekitar 20 dokter profesional, 8 perawat dan ditunjang oleh 5 unit ambulans. Hingga Juni 2011, jumlah pasien yang sudah ditangani BSB mencapai 2.557 orang atau jika dirata-ratakan sebanyak 134 pasien setiap bulan. Masyarakat hanya cukup menelpon ke online 113 untuk mendapat pelayanan BSB. Ketika tiba di tempat yang dituju, petugas kesehatan akan melakukan observasi kepada pasien. Bila petugas bisa menangani di tempat, maka tidak perlu di antar ke rumah sakit. Namun bila kondisinya memerlukan perawatan lebih lanjut, ambulans akan membawa pasien ke rumah sakit.



Brigade Siaga Bencana (BSB) Unit Kesehatan sangat berkontribusi pada menurunnya angka kematian ibu hamil di Kabupaten Bantaeng. Pada semester pertama (Januari-Juni) tahun 2010 terdapat 11 kasus kematian ibu hamil, sedang pada periode yang sama tahun 2011 menjadi nihil. Keberhasilan ini dicapai selain peran penting BSB Unit Kesehatan, juga peran para Bidan Desa sebanyak 143 orang yang tersebar pada berbagai Puskesmas, Puskesmasdes dan unit layanan kesehatan lainnya. Bidan adalah garda terdepan dalam pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di Kabupaten Bantaeng.

Dana APBD Urusan Kesehatan, didistribusikan lebih banyak untuk garda terdepan pelayanan kesehatan dan kesehatan gratis. Menurut Kepala SKPD Kesehatan Kabupaten Bantaeng, Rumah Sakit mengelola sekitar 40 persen dana urusan kesehatan, sedang 60 persen dikelola oleh Dinas Kesehatan yang pelaksanaannya diarahkan ke Puskesmas, Pustu dan Polindes. Khusus untuk di Dinas Kesehatan, jumlah keseluruhannya sekitar Rp 14 milyar terdiri dari Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp 8 milyar dan dari Pemerintah Pusat Rp 6 milyar. Pada Perda Tahun 2008 tentang Pelayanan Kesehatan Gratis, dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan tidak boleh dipungut biaya apapun karena sudah diatur di setiap tahun dalam APBD. Masyarakat yang digratiskan adalah pelayanan pada tingkat Puskesmas, Pustu maupun Polindes, sedangkan di Rumah Sakit hanya khusus pada Kelas III.

III.2. Kinerja Layanan PDAM

Selain BSB Unit Kesehatan, PDAM adalah salah satu unit layanan berbentuk BUMD di Kab. Bantaeng yang tengah memperbaiki performa layanan bagi pelanggannya. Meski baru menjabat sebagai PJs. Dirut PDAM selama 7 bulan, Andi Nurjaya telah melakukan berbagai gebrakan dalam meningkatkan performa pelayanan PDAM bagi pelanggannya. Gebrakan pertama yang dilakukan adalah menurunkan tarif pembayaran hingga 10 persen, padahal daerah-daerah lain justru berlomba-lomba menaikkan

tarif. Terbukti, gebarakan ini tidak membuat PDAM merugi tetapi justru meraup untung yang cukup signifikan karena penambahan pelanggan. Sebelum tarif diturunkan, pemasukan PDAM sekitar Rp 350 juta per bulan dengan jumlah pelanggan 8.361. Namun sejak tarif diturunkan, jumlah pelanggan naik menjadi 10.150-an dengan pemasukan sekitar Rp 550 juta per bulan.

Kedisiplinan, profesionalisme, dan mekanisme insentif menjadi kunci sukses peningkatan performa pelayanan PDAM. Tidak bisa dipungkiri, kepemimpinan dalam sebuah institusi pelayanan publik sangat menentukan performa institusi tersebut. Di PDAM Kab. Bantaeng, filosofi yang dikembangkan oleh PJs. Dirut PDAM sangat berpengaruh dalam penciptaan lingkungan kerja yang kondusif. Beliau mengutip filosofi Cina dengan mengatakan, “ketika anda melihat kuda itu kencang larinya, maka berilah rumput yang baik. Ketika anda ingin melihat karyawan anda berprestasi dan melayani dengan bagus, berikanlah hak-haknya”. Filosofi inilah yang dipegang untuk meningkatkan kedisiplinan dan profesionalisme kinerja PDAM. Sebagai contoh, PDAM telah memberikan gaji ke-13 dan uang pensiun bagi karyawan dan meningkatkan uang lembur yang semula Rp 500 per jam menjadi hampir setara dengan UMK Bantaeng per bulan.

Komplain atas kebocoran dan kualitas air mulai berkurang, PDAM Kab. Bantaeng menyediakan layanan pengaduan 24 jam dan segera ditindaklanjuti. Mekanisme pengaduan di PDAM sebenarnya sudah ada sejak lama, yakni melalui telepon pengaduan 24 jam: 21288. Namun seringkali, penanganan pengaduan tersebut sangat lambat, bahkan bisa terhitung mingguan. Untuk itu, saat ini PDAM mencanangkan penanganan pengaduan tidak lebih dari setengah jam sudah harus ditangani. Dengan pencanangan ini, jumlah penelpon masuk yang semula berjumlah 35 pengadu setiap malamnya, kini berangsur mulai berkurang dan mulai tidak ada.

Masih sebatas faktor kepemimpinan, belum melembaga dalam sistem yang kuat. Perbaikan performa layanan di PDAM saat ini

diakui masih karena faktor kepemimpinan direktur baru. Di internal sendiri, PDAM belum mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Maklumat Pelayanan yang baru. Untuk itulah, melalui diskusi-diskusi informal yang dilakukan oleh YasKo dengan pimpinan PDAM Kab. Bantaeng, disepakati untuk segera menyusun SOP dan Maklumat Pelayanan yang baru.

III.3. Masalah Klasik; Reformasi Birokrasi

Pemaknaan terhadap kata ‘pemerintah’ yang melekat pada diri PNS masih menjadi penghambat dalam mewujudkan pelayanan publik yang baik. Istilah ‘pemerintah’ yang melekat pada diri seorang aparatur negara (birokrat) hingga saat ini masih menimbulkan pembedaan kelas sosial. Status Pegawai Negeri Sipil (PNS) masih dianggap mempunyai kelas sosial lebih tinggi daripada masyarakat awam. Hal inilah yang seringkali menghambat kerja-kerja pelayanan publik. Sebagaimana disampaikan oleh Mahbub Ali Muchyar mantan staff Bupati yang sekarang bekerja di KPUD Bantaeng, “Agak sulit memang, mengharap PNS memberi pelayanan publik meskipun doktrinnya demikian, karena didoktrin yang lain menyebutkan bahwa PNS itu pemerintah. Pemerintah itu pemegang kuasa memerintah. Masak ada orang memerintah kok melayani” kata Mahbub.

Penyebutan ‘karaeng’ kepada pejabat yang lebih tinggi bisa berdampak negatif bagi kultur pelayanan, meski tidak selalu demikian. Dalam pengamatan Ibu Nur Hasni, Kabag. Organisasi Sekda Kab. Bantaeng, masih ada beberapa pegawai yang untuk menatap secara langsung ‘karaeng’ yang merupakan pimpinannya masih merasa takut. Dan ada juga beberapa orang yang kalau tidak dipanggil ‘karaeng’ merasa tidak nyaman. Kultur ini, menurut beliau sebenarnya kurang bagus dalam upaya mengembangkan pelayanan publik yang prima karena akan terkesan dibuat-buat dan memberi peluang ‘asal bapak/ibu senang’. Contohnya adalah saat ada pejabat Pemda terlebih lagi ‘karaeng’, yang berkunjung ke suatu desa, pasti disambut dengan jamuan yang cukup mewah.

Untuk menjawab tantangan di atas, penguatan basis sistemik dan kultur sistemik di internal birokrasi menjadi prasyarat mutlak. Yang dimaksud dengan penguatan basis sistemik, menurut Mahbub adalah adanya Set Standar Pelayanan yang meliputi SOP, maklumat pelayanan, dan mekanisme komplain. Pendapat ini sejalan dengan UU 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Dan yang dimaksud dengan penguatan kultur sistemik adalah terjadinya konsolidasi birokrasi dengan indikator terdistribusinya beban kerja ke seluruh pegawai. Selama ini, persoalan yang cukup serius dalam birokrasi adalah ketiadaan peta beban kerja dan lemahnya distribusi beban kerja, sehingga terjadi penumpukan beban kerja ke pegawai-pegawai tertentu tanpa ada pembedaan insentif (reward).

Di Kabupaten Bantaeng, SKPD-SKPD sudah mulai memperkuat basis sistemik dan kultur sistemiknya, meskipun belum semuanya. Di antara SKPD yang sudah mulai memperkuat basis sistemik dan kultur sistemik antara lain Rumah Sakit, Kantor Pelayanan Terpadu Satu Pintu (KPTSP), Brigade Siaga Bencana (BSB), Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM), Unit Layanan Pengadaan Barang dan Jasa (UL-PBJ), dan lain sebagainya. Penguatan tersebut dititik beratkan pada penilaian atas kedisiplinan pegawai dan penilaian atas hasil kerja (kinerja) pegawai. “Komposisi penilaian atas kedisiplinan dan kinerja pegawai saat ini masih belum berimbang, masih 80% untuk kedisiplinan dan 20% untuk hasil kerja. Idealnya 30% kedisiplinan dan 70% hasil kerja” imbuh Mahbub.

Persoalan krusial terkait reformasi birokrasi di Kabupaten Bantaeng adalah soal rekrutmen dan penempatan pegawai. Pandangan cukup kritis disampaikan oleh Ketua Balegda DPRD Bantaeng. Menurutnya, persoalan krusial terkait reformasi birokrasi di Bantaeng dimulai saat rekrutmen pegawai hingga penempatan pegawai. Secara rasio, kuota jumlah pegawai di Kab. Bantaeng sebenarnya sudah cukup sehingga tidak lagi membutuhkan penambahan pegawai, tetapi nyatanya, ada beberapa SKPD yang masih membutuhkan pegawai. “Ada dua hal yang sangat

jelas aturannya di Indonesia, yaitu keuangan negara dan kepegawaian. Namun di Bantaeng, rekrutmen dan penempatan pegawai selalu bermasalah. Ada Kepala SD yang diangkat jadi Kepala Dinas, Sarjana Kesehatan Masyarakat atau Sarjana Pendidikan diangkat jadi Camat. Padahal untuk Camat, disiplin ilmunya harus Ilmu Pemerintahan” imbuhnya.

IV. CAPAIAN DAN DAMPAK YANG TERJADI

IV.1. Bukan Sekedar Mengejar Kuantitas

Secara kelembagaan, jumlah Pusat Pengaduan Pelayanan Publik (P4) di tingkat desa terus bertambah. Hingga 2008, YasKO hanya mendampingi 5 desa untuk membentuk P4 sebagai pilot project. Jumlah tersebut kini semakin bertambah hingga mencapai 26 desa dan 1 kelurahan yang telah membentuk P4. Bertambahnya jumlah P4 ini tidak lepas dari tingkat kepercayaan masyarakat terhadap kiprah P4 yang telah berhasil mengawal atau mengadvokasi beberapa kasus pengaduan masyarakat. P4 juga dianggap mampu menjembatani komunikasi antara perangkat desa dan unit penyelenggara layanan di tingkat desa, kecamatan dan kabupaten dengan warga yang merasa tidak puas terhadap pelayanan publik yang diberikan.

Sejumlah pengaduan telah diadvokasi oleh P4 beserta warga, sebagian berhasil, sebagian dalam proses dan yang lain belum jelas tindaklanjutnya. Dalam 3 bulan terakhir, P4 di 27 desa menerima sekitar 96 pengaduan. Pada Desember 2011, P4 menerima 29 pengaduan, Januari 2012, ada 31 pengaduan, dan Februari 2012, ada 36 pengaduan. Artinya, setiap bulan P4 rata-rata menerima 2 hingga 3 pengaduan dari warga. Pengaduan-pengaduan tersebut kemudian diverifikasi dan dikategorisasi sesuai sektornya untuk diadvokasi. Dalam melakukan advokasi, P4 masih terus melibatkan masyarakat untuk berdiskusi dan mencari solusi pemecahannya. Kasus-kasus yang berhasil diselesaikan dengan baik oleh P4 antara lain: Pembagian Raskin di Desa Balumbung; Pembagian honor/gaji guru Tsnawiyah Panaikang di Desa Bonto Manai; Pembagian dana

percetakan sawah di Desa Pa'jukukang, dan lain sebagainya. Banyak juga pengaduan yang statusnya masih dalam proses rekomendasi atau bahkan belum ditindaklanjuti sama sekali oleh penyelenggara layanan.

Kinerja pelayanan publik di desa dan di beberapa unit penyelenggara layanan semakin membaik. Respon kepala desa, penyelenggara layanan di polindes, puskesdes, puskesmas, rumah sakit, sekolah, serta dinas-dinas terkait atas kiprah P4 sangat positif. Hal ini bisa ditunjukkan dengan telah dirumuskannya Piagam Warga setidaknya di 6 (enam) desa, antara lain: pelayanan kesehatan Polindes di Desa Bonto Tangnga dan pelayanan administrasi desa di Desa Baruga, Ulugalung, Bonto Loe, Ma-mampang, dan Bonto Lojong. Indikator lain adalah adanya alokasi ADD untuk operasional P4 di Desa Baruga, penyelesaian pengaduan-pengaduan oleh penyelenggara layanan dengan pendekatan persuasif, dan lain sebagainya.

IV.2. Kesadaran Pentingnya Pelayanan Publik yang Baik

Adanya permintaan dari Kepala Desa Lumpangang, Rappoa dan Papanloe untuk difasilitasi Pembentukan P4 dengan biaya sendiri. Kiprah P4 di 27 desa di Kabupaten Bantaeng telah memberi inspirasi bagi desa-desa lain yang belum membentuk P4 untuk segera membentuknya. Paling tidak ada 3 desa yang berkeinginan difasilitasi oleh YasKo untuk membentuk P4 di desanya, yakni Desa Lumpangang, Desa Rappoa, dan Desa Papan Loe. Bahkan desa-desa tersebut siap menyediakan anggarannya dalam rangka menyelenggarakan workshop inisiasi pembentukan P4.

Beberapa SKPD meminta difasilitasi dalam penyusunan SOP dan profil layanannya. YasKo sebagai lembaga swadaya masyarakat yang sangat konsen terhadap upaya mendorong terciptanya pelayanan publik yang prima, serta para pegiat P4 yang tergabung dalam Forum P4 semakin dipercaya oleh Pemda untuk memfasilitasi penyusunan SOP dan profil layanannya. SKPD-SKPD yang meminta YasKo dan Forum P4 mendampingi penyusunan

SOP dan profil layanannya, antara lain Badan Keluarga Berencana (KB), Dinas Catatan Sipil (Capil), Dinas Sosial (Dinsos), Dinas Perindustrian dan Perdagangan (Disperindag), Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM), dan beberapa bagian di Sekretariat Daerah (Sekda). Di antara 6 SKPD tersebut, yang sudah mulai melakukan diskusi-diskusi permulaan adalah Badan KB dan PDAM.

V. MENGUKUR TANTANGAN MERAJUT KEBERLANJUTAN

Pembentukan Forum P₄ dapat dijadikan wadah sharing pengalaman dan pembelajaran bagi para pegiat P₄ antar desa. Harus diakui bahwa tingkat kemampuan para pegiat P₄ setiap desa dalam mengelola dan mengadvokasi pengaduan masyarakat tidak sama. Bagi para pegiat P₄ yang relatif baru, sharing pengalaman dan pembelajaran dari para pegiat yang sudah lama berkecimpung di dunia advokasi pelayanan publik menjadi sangat dibutuhkan. Cerita-cerita sukses dan trik-trik menangani pengaduan akan dapat membangkitkan semangat dan rasa kepercayaan diri para pegiat P₄ yang baru atau yang sudah lama tetapi masih stagnan. Wadah yang telah dibentuk adalah Forum Pegiat P₄.

Pembiayaan P₄ melalui Alokasi Dana Desa (ADD) atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes). P₄ di Desa Baruga patut menjadi contoh bagaimana komitmen Kepala Desa dan perangkat desa lainnya memandang penting keberadaan P₄ di desanya dengan memberi support operasional P₄ dari ADD. Sebenarnya, kepala desa dan BPD di beberapa desa punya komitmen yang sama untuk memberi support operasional P₄, namun tidak tahu harus diambilkan dari pos mana. Setelah Yasko dan Forum P₄ berkonsultasi dengan Kepala Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa (BPMPD), disarankan support dana P₄ diambilkan dari pos pemberdayaan ADD. Inilah yang saat ini sedang didorong oleh Yasko dan Forum P₄ untuk menjadi kebijakan BPMPD.

Penetapan Peraturan Daerah (Perda) Pelayanan Publik menjadi peluang sekaligus tantangan bagi Pemda dan masyarakat sipil untuk mewujudkan pelayanan publik prima. Berbagai praktik baik pelayanan publik yang telah dipraktikkan oleh Pemerintah Kabupaten Bantaeng akhirnya mempunyai cantolan regulasi yang kuat dengan ditetapkannya Perda tentang Pelayanan Publik pada 10 Maret 2012. Penetapan Perda Pelayanan Publik tersebut tentu saja menjadi kemenangan advokasi masyarakat sipil yang sudah sejak 2006 mendorong lahirnya Perda ini. Di sisi yang lain, Perda ini juga menjadi peluang sekaligus tantangan bagi Pemda dan masyarakat sipil. Bagi Pemda, perbaikan performance pelayanan publik mutlak harus dilakukan, baik pada basis sistemik maupun kultur birokrasinya. Bagi masyarakat sipil, kualitas partisipasi perlu terus ditingkatkan, terutama dalam memastikan dan mengontrol implementasi Perda.



DARI KEBUN KE JAMBAN

UPAYA MEMBANGUN PERILAKU SEHAT DENGAN ARISAN JAMBAN

Oleh:

M.S. Wai dan Yeni Pesipari

I. KABUPATEN MUNA

Terletak di bagian utara Pulau Muna dan Buton, Kabupaten Muna dapat ditempuh kurang lebih 2 jam perjalanan dengan kapal cepat dari Bau-bau, atau sekitar 3 jam dengan kapal yang sama dari Kendari, ibukota Propinsi Sulawesi Tenggara. Muna adalah salah satu kabupaten di Propinsi Sulawesi Tenggara. Secara geografis Kabupaten Muna berada pada $4^{\circ} 15'2''$ LS - $4^{\circ} 30'2''$ LS, $122^{\circ} 15'2''$ BT - $123^{\circ} 00'2''$ BT, bagian selatan khatulistiwa. Terdiri dari 25 pulau yang berpenghuni dan 9 pulau yang tidak berpenghuni.

Sebelah utara berbatasan dengan Selat Spelman, sebelah barat berbatasan dengan Selat Tiworo dan di sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Buton Utara. Sedangkan di sebelah selatan Kabupaten Muna berbatasan langsung dengan Kabupaten Buton.

Luas daratan Kabupaten Muna adalah sebesar $2.963,97 \text{ km}^2$ atau 296.397 Ha, dibagi menjadi 33 kecamatan, 205 desa, 31 kelurahan dan 3 Unit Pemukiman Transmigrasi.

Peta Kabupaten Muna



Source : petadigitalku.blogspot.com

Jumlah penduduk pada tahun 2010 sebesar 268.277 jiwa, dengan komposisi penduduk laki-laki 129.535 jiwa dan perempuan sebesar 138.742 jiwa. Rata-rata laju pertumbuhan penduduk dalam sepuluh tahun terakhir sejak tahun 2000 adalah 1,36% pertahun, lebih kecil dari rata-rata pertumbuhan penduduk Provinsi Sulawesi Tenggara, yakni sebesar 2,07% pertahun. (Kabupaten Muna Dalam Angka 2011).

Sektor pertanian menjadi lapangan usaha utama penduduk Muna usia produktif, yakni sebesar 46,34%. Di luar itu, yang cukup besar lainnya adalah bidang perdagangan 16,05%, jasa kemasyarakatan 14,91% dan industri 9,61%. Sisanya dalam jumlah yang lebih kecil ada pada sektor transportasi, konstruksi, pertambangan dan sebagainya.

Pendidikan yang diselesaikan oleh sebagian besar penduduk angkatan kerja adalah sekolah Dasar/MI sebesar 22,56%, sedangkan yang menyelesaikan hingga level sarjana hanya sebesar 4,25% dari total keseluruhan penduduk yang bekerja.

Kabupaten Muna juga menjadi salah satu daerah tujuan transmigrasi. Setidaknya ada 3 Unit Pemukiman Transmigrasi di Muna. Umumnya mereka berasal dari Jawa Tengah, Jawa Barat, DIY, Jawa Timur, NTT dan NTB.

II. PELAYANAN KESEHATAN DAN POSYANDU DI KABUPATEN MUNA

Pelayanan publik sebagaimana didefinisikan dalam Undang-undang nomor 25 tahun 2009, adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Pelayanan publik dalam sektor kesehatan menjadi salah satu pilar penting pembangunan manusia. Kesehatan adalah satu dari tiga aspek yang menjadi tolak ukur dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Dua lainnya adalah sektor pendidikan dan ekonomi.

Stocktake yang dilaksanakan di Kabupaten Muna Sulawesi Tenggara memilih fokus pada sektor kesehatan. Lebih khusus untuk melihat praktik baik pada upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui posyandu dengan pelbagai inovasi yang telah dikembangkan masyarakat.

Posisi posyandu sendiri pada kenyataannya amatlah strategis dan penting. Posyandu menjadi instrumen pelayanan terdepan dan langsung bersentuhan dengan masyarakat. Posyandu juga unik karena menjadi pertautan antara pelayanan pemerintah pada satu sisi dan partisipasi masyarakat yang besar pada sisi yang lain. Ini sangat berbeda dengan unit-unit pelayanan lainnya seperti puskesmas atau rumah sakit yang lebih mengandalkan peran pemerintah daripada partisipasi masyarakat.

Namun, sebesar apapun partisipasi masyarakat, posyandu tidak dapat sepenuhnya lepas dari kebutuhan sokongan peran pemerintah. Dalam banyak hal pemerintah harus ambil bagian dalam pelayanan kesehatan masyarakat melalui pelbagai cara dan jalur. Pemerintah juga tidak dapat berpangku-tangan dan melimpahkan tugas pelayanannya kepada masyarakat.

Trend anggaran sektor kesehatan dalam tiga tahun terakhir (2008-2011) mengindikasikan bahwa Pemerintah Kabupaten Muna tak cukup berpihak pada pembangunan sektor kesehatan. Alokasi anggaran kesehatan Kabupaten Muna selama 3 tahun (2008-2010) menunjukkan trend penurunan, baik nominal anggaran maupun prosentasenya terhadap APBD. Tahun 2008, pemerintah Kabupaten Muna mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar Rp 54,4 M atau 8,39% dari total APBD. Lalu tahun 2010. (profil kesehatan Kab. Muna tahun 2008, 2009, 2010).

Pada saat yang sama, juga terjadi penurunan prosentase posyandu yang aktif meskipun jumlah posyandu bertambah. Dalam tiga tahun jumlah posyandu yang aktif terus menurun, dari 61.81% pada tahun 2008, menjadi sebesar 53.60% (2009) dan 45.48% (2010). Meskipun demikian perlu juga dicatat adanya pertambahan jumlah posyandu yaitu dari 343 posyandu (2008), menjadi 347 (2009) dan naik lagi jumlahnya menjadi 358 (2010). Kenaikan jumlah posyandu ini rupanya tidak beriringan dengan jumlah posyandu yang aktif, artinya, ada kenaikan kuantitas posyandu tidak dibarengi dengan pembinaan kualitasnya.

Gambaran kondisi posyandu pada umumnya di Kabupaten Muna Sulawesi Tenggara dapat dilihat dari beberapa aspek penting. Yaitu dari aspek kelembagaan, sumberdaya manusia atau kondisi kader-kader posyandu, pelayanan posyandu, pembiayaan serta bagaimana dukungan dari pemerintah terhadap keberadaan dan keberlangsungan posyandu.

Kelembagaan posyandu

Jumlah posyandu di Kabupaten Muna seluruhnya berjumlah 358 posyandu (tahun 2010) dari 33 kecamatan. Dari seluruh posyandu yang ada, sebagian posyandu tidak cukup terorganisir dengan baik. Banyak posyandu yang tidak menyelenggarakan pembukuan dengan tertib, bahkan tidak melakukan pencatatan aktifitas posyandu, kunjungan warga sasaran maupun layanannya. Apalagi menempelkan papan informasi, data kegiatan posyandu, pesan-pesan kesehatan dan lain sebagainya. Banyak pula posyandu yang belum memiliki gedung sendiri, sehingga pelaksanaan kegiatan posyandu masih menumpang di rumah warga ataupun di kantor kepala desa.

Meskipun demikian, upaya penguatan kelembagaan posyandu telah dilakukan oleh berbagai pihak meskipun tidak terjadi di seluruh posyandu se-Kabupaten Muna. Seperti yang dilakukan oleh LSM Lambu Ina di 10 desa dampingan. Juga oleh pihak yang lain, misalnya oleh kader PKK kabupaten seperti yang dilakukan oleh ibu Rasnah, sekretaris PKK kabupaten, di beberapa posyandu. Penguatan kelembagaan posyandu dilakukan melalui berbagai pelatihan pengelolaan administrasi dan keorganisasian posyandu.

Penguatan kelembagaan juga dilakukan dengan membangun jejaring antara posyandu dengan pihak lain. Misalnya melalui pembentukan asosiasi kader posyandu yang diinisiasi bersama Lambu Ina di Kecamatan Lawa. Jejaring ini dibangun sebagai wadah bagi kader-kader posyandu untuk saling menguatkan satu sama lain melalui berbagai pertemuan rutin mereka. Disamping itu, ada juga PIPM (pusat informasi, pembelajaran dan mediasi), wadah yang mempertemukan kader-kader posyandu dengan elemen-elemen lain di Kecamatan Lawa, sehingga mereka dapat bersinergi dengan berbagai pihak untuk kemajuan masyarakat. Melalui wadah ini pula isu-isu kesehatan yang diusung kader posyandu mendapat dukungan lebih besar hingga mampu melahirkan “Piagam Warga”. Yang terakhir ini adalah sebuah dokumen kesepakatan

antar pihak yang diwakili 3 elemen; Camat, Puskesmas dan PIPM untuk perbaikan layanan dibidang kesehatan, termasuk pelayanan di posyandu.

Sumberdaya manusia/kader posyandu

Dari sisi sumberdaya manusia dalam hal ini kader posyandu, standar minimalnya diperlukan 5 (lima) orang kader setiap posyandu. Jumlah ini sesuai dengan standar layanan ideal 5 meja. Namun banyak posyandu yang kekurangan kader dan tidak memiliki jumlah kader memadai. Akibatnya, posyandu-posyandu tersebut kesulitan menerapkan sistem pelayanan 5 meja, mereka hanya melaksanakan pelayanan secara sederhana, misalnya penimbangan balita saja.

Peran kader posyandu sangatlah besar dan sangat berpengaruh pada aktifitas sebuah posyandu. Keberadaan kader posyandu bukan semata-mata untuk melayani warga sasaran pada hari posyandu, namun lebih dari itu adalah memberi motivasi kepada warga sasaran untuk hadir dalam kegiatan posyandu, menyampaikan informasi kesehatan serta seringkali menjadi rujukan bagi warga dalam soal-soal kesehatan yang sederhana.

Upaya penguatan kader posyandu dilakukan di sebagian posyandu, misalnya dengan merekrut kader-kader posyandu baru, kader muda ataupun kader laki-laki. Kebanyakan kader posyandu adalah perempuan padahal kehadiran kader posyandu laki-laki juga sangat diperlukan, utamanya untuk aktifitas yang memerlukan kekuatan fisik maupun untuk memotivasi kepedulian kaum laki-laki pada kesehatan.

Penguatan kapasitas kader posyandu juga dilakukan oleh berbagai pihak melalui pelatihan-pelatihan bagi kader posyandu. Misalnya, pelatihan kesehatan ibu dan anak (KIA), pelatihan kesehatan reproduksi, pengembangan obat tradisional, bahkan juga pelatihan tentang kewarganegaraan. Pelatihan-pelatihan ini mampu menambah motivasi kader untuk lebih giat dalam aktifitas

posyandu sekaligus meningkatkan kapasitas pelayanan dan ketrampilan mereka dalam bidang-bidang yang dilatihkan.

Di luar berbagai pelatihan yang diberikan kepada kader posyandu, beberapa langkah yang dilaksanakan oleh Lambu Ina dan inisiatif kader posyandu juga dimaksudkan untuk menguatkan posisi dan kapasitas kader. Misalnya dengan mendorong kepala desa menerbitkan SK bagi kader-kader posyandu, seperti yang terjadi di Desa Lalemba kecamatan Lawa ataupun di Lakawoghe kecamatan Kusambi. SK kepala desa ini memiliki berbagai makna. Bagi kader yang mendapatkannya, SK ini memberikan rasa bangga dan meningkatkan kepercayaan diri bahwa apa yang mereka lakukan merupakan tugas mulia dari desa, sekaligus kepercayaan dan pengakuan resmi atas pengabdian mereka. Bagi kepala desa, penerbitan ini menjadi pintu masuk dan penegasan adanya kontrol atas kinerja para kader posyandu sebagai pemegang amanah dari desa.

Meskipun ada yang mendapatkan SK, pada dasarnya keterlibatan warga sebagai kader posyandu bersifat kerelawanan. Mereka tidak mendapatkan gaji atau honor atas pekerjaan dan jasa yang mereka berikan dalam kegiatan posyandu. SK yang mereka pegang hanya memberikan efek kebanggaan dan motivasi, namun bukan uang atau bayaran. Hal ini umumnya telah disadari oleh kader-kader posyandu sejak awal. Karena itu, lazimnya mereka yang terlibat menjadi kader posyandu berangkat dari motivasi pengabdian dan kepedulian kepada sesama.

Ada yang awal keterlibatannya sebagai kader posyandu karena diajak oleh kader senior, tetapi banyak juga yang mengajukan diri menjadi kader posyandu karena peduli. Dengan latar-belakang seperti itu maka tak heran jika kader-kader posyandu rata-rata memiliki masa pengabdian yang panjang, lima hingga tujuh tahun, bahkan ada pula yang mengabdikan diri di posyandu hingga tigabelas tahun lamanya. Kader posyandu yang berhenti sebagai kader pada umumnya tidak disebabkan karena bosan atau tidak mau lagi mengabdikan, namun lebih karena pindah tempat tinggal, memiliki kesibukan lain, sakit ataupun karena usia.

Meskipun bersifat kerelawanan dalam beberapa hal, walaupun kecil dan tidak rutin, ada juga insentif yang kadang-kadang diterima oleh kader posyandu. Misalnya, ketika pengobatan gratis belum diberlakukan di Kabupaten Muna, kader-kader posyandu ini telah digratiskan oleh pihak Puskesmas ketika mereka berobat ke Puskesmas. Dalam beberapa tahun terakhir, mereka juga sempat mendapat support ongkos transportasi dari pihak Puskesmas yang diambilkan dari dana BOK sebesar 15 ribu rupiah setiap bulannya, dan diberikan setiap 3 bulan sekali.

Pelayanan posyandu

Sebagaimana disinggung di atas, secara umum dapat dikatakan bahwa kondisi pelayanan posyandu bergantung pada banyak hal termasuk keberadaan kader dan kondisi keorganisasiannya. Jika kedua hal tersebut kondisinya kurang memadai maka kualitas pelayanannya pun tidak dapat optimal. Pelayanan 5 (lima) meja sebagai standar pelayanan posyandu tidak dapat berjalan jika kondisi posyandunya tidak memadai.

Pelayanan 5 meja adalah istilah yang lazim dipergunakan dalam standar pelayanan posyandu, bukan meja dalam pengertian harfiah-fisik berupa meja, tetapi 5 bagian atau fungsi pelayanan posyandu. 5 bagian itu adalah; meja I untuk pendaftaran pengunjung posyandu, meja II untuk penimbangan balita, meja III untuk pengisian KMS (kartu menuju sehat) serta pencatatan hasil penimbangan, meja IV untuk pelayanan kesehatan sederhana, serta meja V untuk penyuluhan. Di meja IV dan V biasanya melibatkan tenaga medis dan petugas dari Puskesmas, sedangkan meja I, II dan III bisa ditangani sendiri oleh kader-kader posyandu.

Kerap kali posyandu tidak hanya melakukan aktifitas penimbangan balita saja atau pelayanan 5 meja lainnya, tetapi juga memberikan makanan tambahan (PMT) untuk menjaga gizi masyarakat. Makanan tambahan yang diberikan kepada balita terkadang berupa susu ataupun kacang ijo. Dananya sebagian berasal dari masyarakat dan kader, tetapi ada juga bantuan dari

Puskesmas. Bahkan sebagian posyandu menyediakan makanan tambahan lebih untuk ibu-ibu yang hadir di posyandu, seperti yang dilakukan di posyandu di Duruka. Bahan-bahan untuk makanan tambahan yang disumbangkan oleh Puskesmas biasanya dikirimkan sehari sebelum hari posyandu sekaligus mengkonfirmasi kegiatan posyandu esok harinya. Kader posyandu lah yang biasanya mengolah bahan-bahan tersebut hingga siap saji.

Adanya PMT juga mempengaruhi tingkat kehadiran warga ke posyandu. Tingkat keaktifan posyandu biasanya diukur dengan membandingkan antara jumlah sasaran (S) dengan jumlah balita yang ditimbang (D). Sasaran adalah jumlah balita dalam area kerja posyandu, satu desa atau kurang dari satu desa, jika desa tersebut memiliki lebih dari satu posyandu. Idealnya satu posyandu melayani 100 balita (+/- 120 KK). Seperti penuturan Kepala Puskesmas kecamatan Lawa, ada pengalaman peningkatan keaktifan di salah satu posyandu setelah adanya PMT. Tadinya, tingkat kehadiran rata-rata antara 50-52% menjadi rata-rata 62% setelah adanya PMT.

Sebagian posyandu berhasil mengembangkan pelayanannya dengan membuka posyandu bagi kelompok lanjut usia (lansia). Ada juga posyandu yang bahkan melakukan pelayanan “jemput bola”. Misalnya yang terjadi di Liang Kabori yang memberi layanan posyandu keliling, atau di Lalemba dimana kader posyandu mendatangi perkebunan untuk memberikan pelayanan. Di beberapa desa lain jika hari posyandu bertepatan dengan hari pasar maka sebagian kader posyandu membawa timbangan ke pasar dan melakukan penimbangan balita di pasar itu juga. Karena hari pasar hanya jatuh tiga hari sekali maka lebih sulit memaksa mereka datang ke posyandu daripada membawa timbangan ke pasar.

Pengembangan cakupan pelayanan posyandu juga terus meningkat, misalnya di desa-desa dampingan Lambu Ina muncul berbagai inisiatif dari kader untuk memajukan pelayanan posyandu tidak saja terbatas pada pelayanan penimbangan, tetapi juga merambah ke hal-hal lain untuk meningkatkan kualitas kesehatan

masyarakat. Misalnya dengan munculnya inisiatif arisan jamban keluarga, pengembangan tanaman obat tradisional, bahkan advokasi penambahan Puskesmas Pembantu melalui keterlibatan kader posyandu dalam Musrenbang di desa maupun kecamatan. Semua itu merupakan pelayanan-pelayanan yang muncul dari inisiatif kader melampaui lazimnya pelayanan posyandu yang standar.

Pembiayaan posyandu

Penting sekali untuk sedikit menyinggung persoalan pembiayaan posyandu. Karena sebagai aktifitas kerelawanan masyarakat, posyandu tetap memerlukan dukungan dana untuk memenuhi berbagai kebutuhannya.

Beberapa posyandu yang telah memiliki gedung sendiri untuk aktifitasnya berasal dari dana program PNPM yang oleh pihak desa dialokasikan untuk membangun gedung posyandu. Dana-dana lain yang masuk ke posyandu berasal dari berbagai sumber, misalnya dari Puskesmas (berasal dari dana BOK), dari pihak desa, dari kader posyandu maupun dari swadaya masyarakat. Tak jarang kader posyandu dan masyarakat memberi bantuan kepada posyandu tidak dalam bentuk uang tetapi bahan-bahan makanan untuk PMT dan sebagainya. Secara khusus tidak ada anggaran dari APBD Kabupaten Muna untuk posyandu, paling-paling untuk PKK yang kemudian disisihkan sebagian bagi posyandu. Itupun tidak rutin.

Dana BOK yang diberikan oleh Puskesmas biasanya digunakan untuk mensupport ongkos transportasi kader posyandu dan juga untuk pemberian makanan tambahan (PMT). Setidaknya satu tahun terakhir, yakni tahun 2011, Puskesmas mengalokasikan dana tersebut untuk posyandu. Tetapi untuk tahun 2012 dana tersebut belum turun lagi. Besaran support bagi kader posyandu adalah 15-20 ribu rupiah tiap kader tiap bulan yang diberikan 3 bulan sekali. Untuk PMT sebesar 60 ribu perbulan, sebagian diberikan dalam bentuk bahan makanan dan sebagian yang lain dalam bentuk uang.

Di Desa Lakawoghe kecamatan Kusambi, kepala desanya menyisihkan 300 ribu rupiah dari dana blockgrant (APBN) untuk

mensupport kegiatan posyandu. Tetapi nampaknya tidak terjadi di desa-desa lainnya.

Swadaya masyarakat muncul dalam beberapa bentuk, misalnya sumbangan berupa bahan makanan untuk PMT. Ada juga yang diberikan melalui arisan warga atau kader posyandu dengan menambah sedikit uang yang harus dibayarkan untuk arisan. Misalnya, dalam arisan dimana setiap anggota arisan (kader posyandu dan warga) harus membayar 20 ribu tiap giliran, mereka akan menyeter 21 ribu, 20 ribu untuk membayar arisan dan seribu rupiah untuk sumbangan posyandu. Ini adalah dana sehat yang berasal dari warga yang diperuntukkan membantu warga tidak mampu yang memerlukan dana insidental untuk perawatan kesehatan atau untuk menambah PMT di posyandu. Hanya saja ada kendala bagi dana sehat adalah ketika mulai ada program kesehatan gratis, sebagian kegiatan dana sehat yang tadinya berjalan dengan baik malah menjadi tidak aktif setelah adanya program kesehatan gratis dari pemerintah.

Ada inisiatif warga yang cukup menarik di Desa Lakawoghe. Dengan inisiatif dari tim penggerak PKK dan kader posyandu warga yang umumnya memiliki banyak pohon kelapa menyumbang sebutir buah kelapa setiap rumah setiap hari. Sekitar 100an rumah berpartisipasi dalam kegiatan ini. Lalu setelah terkumpul, buah kelapa itu dijual dan uangnya dipergunakan untuk menambah kebutuhan kesehatan warga yang tidak mampu.

Dukungan pemerintah untuk posyandu

Dari penelusuran kami, bisa dikatakan hampir tidak ada dukungan pemerintah Kabupaten Muna secara khusus untuk posyandu. Belum ada, misalnya, upaya pemerintah baik eksekutif maupun legislatif untuk menginisiasi munculnya standar pelayanan minimum dalam pelayanan kesehatan, atau kebijakan untuk mengaktifkan posyandu melalui suatu program tertentu. Demikian juga dalam kebijakan penganggaran, tidak ada pos anggaran yang dialokasikan khusus bagi posyandu. Kondisi ini menjadi keprihatinan kader-kader posyandu di Kabupaten Muna.

Berbeda dengan pemerintah tingkat kabupaten, pemerintah tingkat kecamatan dan desa lebih memiliki kepedulian pada kegiatan posyandu. Baik melalui keterlibatan langsung dengan memberikan motivasi, dukungan kebijakan maupun support anggaran. Seringkali Camat turut serta dalam kegiatan-kegiatan posyandu khususnya ditingkat kecamatan, ketika ada pertemuan antar kader posyandu maupun saat pelatihan. Bahkan di Kecamatan Lawa, Camat menjadi salah satu penandatangan “Piagam Warga” yang dicetuskan dalam forum PIPM (pusat informasi, pembelajaran dan mediasi) bersama-sama dengan Kepala Puskesmas. Di tingkat kecamatan, Camat dan Puskesmas menjadi bagian penting yang sangat berpengaruh pada keaktifan posyandu di wilayahnya.

Dukungan dan kepedulian ini senyatanya turut meningkatkan keaktifan posyandu di daerahnya, lebih-lebih dukungan dari kepala desa. Bagi kebanyakan masyarakat Muna, kepala desa masih menjadi tokoh rujukan yang didengar kata-katanya. Dari pengalaman yang ada, keaktifan dan kepedulian kepala desa pada posyandu selaras dengan tingkat keaktifan posyandu-posyandu di desa tersebut. Apalagi pada umumnya ibu desa (istri kepala desa) adalah ketua tim penggerak PKK di tingkat desa yang berkaitan langsung dengan posyandu. Dukungan kepala desa selain keterlibatan-aktifnya menghimbau warga juga dengan menerbitkan SK bagi kader posyandu dan mengalokasikan dana desa untuk posyandu. Sayangnya, tidak semua kepala desa memiliki cukup kepedulian untuk ini.

Secara umum, itulah kondisi posyandu di Kabupaten Muna. Sebagai tambahan, beberapa informasi lain dapat dijabarkan untuk memperkaya gambaran posyandu di Kabupaten Muna. Sebagaimana disinggung di atas, jumlah posyandu di Kabupaten Muna seluruhnya sebanyak 358 posyandu. Tidak semuanya merupakan posyandu yang aktif. Banyak posyandu yang mati suri, tidak aktif atau hanya aktif menjelang lomba-lomba posyandu. Sebagian posyandu tidak melaksanakan kegiatan dengan jadwal yang rutin, sebagian lainnya tidak memiliki kader yang memadai.

Secara periodik posyandu-posyandu di kabupaten Muna dinilai oleh tim penggerak PKK Kabupaten tiap bulan Agustus. Penilaian posyandu mengarah pada pengorganisasian dan pencapaian programnya. Ada empat level yang mengindikasikan peringkat kualitas masing-masing posyandu. Empat level atau kategori itu adalah; pratama, madya, purnama, dan mandiri. Ada poin-poin penilaian yang sebenarnya cukup detil untuk menentukan capaian peringkat sebuah posyandu. Namun secara sederhana dapat dijelaskan sebagai berikut.

Posyandu tingkat pratama adalah posyandu yang kegiatannya belum rutin tiap bulan dan kader aktifnya terbatas. Standarnya kegiatan posyandu dilaksanakan tiap bulan sehingga dalam satu tahun minimal ada 12 kali kegiatan posyandu. Sedangkan jumlah kader posyandu minimal 5 orang kader. Posyandu tingkat pratama jauh tidak mencapai kedua standar tersebut.

Peringkat kedua posyandu madya, yaitu posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan minimal lebih dari 8 kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih. Akan tetapi cakupan program utamanya (KB, KIA, Gizi dan imunisasi) masih rendah, yaitu kurang dari 50%.

Berikutnya, posyandu purnama adalah posyandu yang frekuensi kegiatannya lebih dari 8 kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan cakupan program utamanya (KB, KIA, Gizi dan imunisasi) lebih dari 50%. Sudah ada program tambahan, bahkan mungkin sudah ada Dana Sehat yang masih sederhana.

Peringkat paling tinggi adalah posyandu mandiri, ini posyandu yang sudah cukup melaksanakan kegiatan secara teratur, cakupan 5 program utama sudah bagus, ada program tambahan dan dana sehat telah menjangkau lebih dari 50% KK.

Berdasar penilaian pemeringkatan yang dilakukan, posyandu Kabupaten Muna lebih banyak berada pada level kedua (madya) dan level ketiga (purnama), sangat sedikit yang mencapai peringkat

paling tinggi. Namun bukan berarti tidak ada capaian luar biasa yang patut dicatat sebagai kemajuan penting dalam posyandu. Utamanya, dengan berbagai keterbatasan yang ada ternyata justru muncul inisiatif-inisiatif kader yang sangat kreatif dalam menyiasati keterbatasan tersebut.

Berbagai inisiatif nampak merupakan jawaban dan solusi atas berbagai keterbatasan yang dimiliki. Sebagian lainnya merupakan kecerdasan yang berpijar di tengah kesederhanaan dan merupakan pembacaan yang cermat atas potensi tersembunyi yang dimiliki oleh masyarakat. Selain mungkin juga inisiatif itu muncul dari inspirasi pihak lain yang menular dan diadopsi setelah melalui pertimbangan lokalitas Kabupaten Muna.

Beberapa hal telah disinggung di atas sebagai inisiatif yang menarik dan solutif untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, misalnya, adanya arisan jamban keluarga, pelayanan posyandu keliling atau jemput bola, pengumpulan dana melalui jimpitan, pembuatan piagam warga, pengembangan tanaman obat tradisional dan lain sebagainya.

Dari beberapa inisiatif tersebut “arisan jamban keluarga” akan didalami pada bagian-bagian tulisan ini berikutnya sebagai praktik baik yang berhasil dikembangkan oleh kader-kader posyandu yang sangat menarik. Praktik baik lainnya akan disinggung sebagai tambahan untuk memperkaya informasi pengalaman posyandu.

III. ARISAN JAMBAN KELUARGA; UPAYA MEMBANGUN PERILAKU SEHAT



Sebagai ancangan patut disampaikan bahwa studi praktik baik ini berfokus pada inisiatif pelayanan publik yang telah diimplementasikan, merupakan kerjasama antar pihak dan mampu memberikan manfaat bagi masyarakat. Praktik baik yang dikaji juga diharapkan memiliki potensi sebagai praktik yang berkelanjutan. Pilihan pada insiatif praktik baik “arisan jamban keluarga” tidak keluar dari ancangan di atas.

Perlu dijelaskan di awal bahwa arisan jamban keluarga bukan satu-satunya praktik baik yang dicapai oleh posyandu-posyandu di Kabupaten Muna. Gagasan ini hanya salah satu dari beberapa praktik baik. Arisan jamban keluarga merupakan inisiatif yang telah dilaksanakan oleh kader-kader posyandu di Desa Lalemba Kecamatan Lawa sejak Nopember 2011 yang lalu dan sudah menampilkan hasil yang nyata.

Desa Lalemba adalah salah satu dari 8 desa di Kecamatan Lawa Kabupaten Muna Sulawesi Tenggara. Jarak desa Lalemba dengan kota kecamatan ± 1 km, sedangkan dengan Raha, ibukota Kabupaten Muna ± 24 km. Lalemba memiliki luas wilayah $\pm 8,10$ km², dan sebagian wilayahnya berbatasan langsung dengan kawasan hutan, yaitu sebelah timur desa.

Jumlah penduduknya pada tahun 2011 sebanyak 1027 jiwa (353 KK), dengan komposisi 543 jiwa berjenis kelamin perempuan dan 484 jiwa laki-laki. 238 KK diantaranya tergolong keluarga miskin. Dari seluruh kepala keluarga, sebanyak 117 KK diantaranya tinggal di pemukiman, sedangkan selebihnya tinggal di perkebunan. Hanya sesekali mereka turun dan tinggal di desa. Utamanya jika sedang ada kegiatan di desa mereka akan turun dari perkebunan untuk beraktifitas di desa.

Selain kegiatan-kegiatan individual seperti kerja dan lain-lain, warga Desa Lalemba juga aktif dalam kegiatan kemasyarakatan. Termasuk kegiatan keagamaan yang berpusat di masjid atau kegiatan antar warga lainnya. Misalnya yang terkait dengan kepemudaan, ada Karang Taruna. Ada juga kegiatan PKK, dasa wisma dan kegiatan-kegiatan sosial lainnya.

Gambaran tentang kondisi kesehatan desa ini bisa dilihat dari sarana dan prasarana penunjang kesehatannya. Desa Lalemba memiliki satu Pustu dan satu Posyandu. Sementara tenaga medis yang ada di desa adalah seorang bidan desa. Pasokan air bersih bagi warga mengandalkan sumur gali (air tanah). Beberapa tahun yang lalu orang mengenal Desa Lalemba sebagai salah satu desa yang

kumuh kondisi lingkungannya, karena banyak genangan air pada musim penghujan serta kebiasaan masyarakat yang melepaskan hewan ternaknya liar tanpa dikandangkan.

1. Menggagas Jamban Sehat Keluarga

Selama ini warga Desa Lalemba, seperti banyak warga desa lain di Muna, memiliki tradisi untuk buang air besar di pekarangan kebun-kebun belakang rumah. Praktik ini dilakukan bukan saja karena kebiasaan lama yang masih berlaku tetapi juga karena faktor-faktor lain, yaitu karena kesadaran kesehatan lingkungan yang masih rendah, biaya pembuatan jamban yang dianggap cukup mahal atau bahkan hanya karena alasan kepraktisan belaka. Praktis karena tak perlu repot-repot membangun jamban, tinggal lari ke kebun belakang rumah dan hajatpun terpenuhi.

Tentu saja kebiasaan ini mempengaruhi kualitas kesehatan lingkungan masyarakat pada umumnya. Misalnya pada tahun 2008 tercatat terjadinya peningkatan kasus diare, meskipun tidak sampai dianggap KLB (kejadian luar biasa). Seperti diungkapkan sebelumnya, Desa Lalemba pun dikenal sebagai desa yang kumuh lingkungannya. Disamping kebiasaan buang hajat di kebun, air juga menggenang di mana-mana jika musim hujan, ditambah lagi ternak yang dibiarkan lepas di jalanan tanpa dikandangkan.

Kondisi lingkungan yang kurang sehat mendorong munculnya gagasan dari kader posyandu untuk membuat terobosan. Munculnya ide arisan jamban keluarga mula-mula dicetuskan salah satu kader posyandu Desa Lalemba, Ibu Nadia. Sepulang dari suatu forum pembelajaran menggali potensi lokal di Bau-bau, Ibu Nadia mencari-cari terobosan untuk memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat.

Sebagai kader posyandu yang cukup senior Ibu Nadia sangat memahami kebiasaan masyarakat di sekitarnya. Sebagai gambaran, hanya 48% warga Desa Lalemba yang memiliki jamban keluarga dan pada kenyataannya tak ada jamban umum di Lalemba. Artinya, 52% keluarga-keluarga di Lalemba masih mengandalkan kebun dan

pekarangan untuk buang hajat. Mereka menyebutnya jamban seluas 2 hektar!

Keluarga-keluarga yang telah memiliki jamban umumnya adalah PNS, guru atau kelompok terpelajar di desa. Sebagian warga sebenarnya mengerti pentingnya jamban keluarga untuk kesehatan, namun umumnya merasa berat mengeluarkan biaya pembangunannya dan juga ada alasan kepraktisan buang hajat di kebun. Padahal bagi warga, makin ke belakang membuang hajat di kebun sebenarnya juga mulai sulit dilakukan seiring meningkatnya kepadatan penduduk dan berkurangnya area perkebunan yang rimbun. Ibu Rusmi, salah satu peserta posyandu dan arisan jamban, mengakui sekarang sudah tidak pantas lagi buang hajat di kebun. Karena itu ia memutuskan untuk ikut arisan jamban keluarga.

Dalam hitungan Ibu Nadia, biaya arisan jamban sangat terjangkau oleh warga meskipun mereka selalu mengatakan tidak punya uang untuk membangun jamban. Pasalnya, selama ini warga telah terbiasa mengikuti berbagai arisan untuk membeli perabotan rumah tangga. Untuk arisan almari atau alat dapur, misalnya, warga terbiasa dan mampu membayar antara 300 ribu hingga 450 ribu setiap bulan. Tentu ini angka yang cukup besar dan potensial untuk dialihkan ke arisan jamban.

Gagasan pun dikembangkan menjadi rencana yang sudah dirancang dengan hitungan-hitungan lebih detil dan teknis. Rancangannya, pembuatan satu unit jamban keluarga akan menelan biaya 3 juta rupiah. Angka itu mencakup kebutuhan bahan 1 rit batu bata, 1 rit pasir dan 8 zak semen serta ongkos tukang sebesar 750 ribu secara borongan.

Angka ini telah dihitung dengan cermat dan dibikin sangat hemat agar tidak memberatkan warga. Prinsipnya jamban yang dibangun memenuhi syarat kesehatan dan terjangkau biayanya. Karena itu jamban keluarga dirancang sangat sederhana. Tidak menggunakan desain septic tank yang standar ideal, hanya bak penampungan dari batu bata berukuran panjang 2 meter, lebar 2 meter dan kedalaman juga 2 meter. Untuk tetap menjaga kualitas

kesehatan, dudukan klosetnya menggunakan model leher angsa bukan hanya lobang kecil yang langsung berada di atas penampungan, sehingga bau tidak keluar. Singkatnya, biaya 3 juta ini adalah angka hemat yang hanya menjangkau pembuatan bak tampung dan dudukan kloset serta ongkos tukang. Jamban ini dirancang tanpa dinding untuk menekan biaya arisan. Sementara, untuk dinding jamban sepenuhnya diserahkan kepada warga sendiri sesuai kemampuan. Mereka leluasa membuatnya dari batu bata, papan kayu atau material lainnya. Diantara peserta arisan bahkan ada yang hanya menutup jambannya dengan dinding dari plastik tenda yang sangat sederhana.

Pengerjaan satu unit jamban akan memakan waktu sekitar satu minggu. Mulai dari penggalian tanah hingga pemasangan dudukan kloset. Belanja bahan bangunan, mencari dan mengatur kerja tukangnyanya semua ditangani oleh kader posyandu. Peserta arisan tinggal terima jadi, berupa bak penampung dan dudukan kloset tanpa dinding.

Pembayaran arisan ditentukan sebesar 150 ribu setiap peserta perbulan selama jangka waktu 20 bulan, sehingga total biaya yang dibayar oleh peserta berjumlah 3 juta rupiah. Namun itu merupakan angka pembayaran minimal. Peserta diperbolehkan membayar lebih dari 150 ribu tiap bulannya sesuai kelonggaran dan kemampuan yang dimiliki sehingga tidak harus menyelesaikan pembayaran dalam waktu 20 bulan. Mereka boleh mempercepat pelunasan pembayarannya.

2. Mengawal dan Merawat Gagasan

Awalnya, gagasan arisan jamban ini disampaikan kepada kepala desa untuk mendapatkan dukungan, kemudian disosialisasikan kepada warga dalam beberapa pertemuan termasuk dalam kegiatan posyandu. Tanggapan warga pada umumnya sangat antusias, banyak warga yang menyatakan berminat ambil bagian sebagai peserta arisan. Setidaknya ada 47 warga tertarik untuk dengan gagasan arisan jamban dan siap ikut arisan.

Namun setelah dilakukan pendataan lebih mendalam dan konfirmasi ulang akhirnya hanya 11 orang peserta yang benar-benar jadi ikut arisan jamban. Selebihnya menyatakan menunda keikut-sertaannya. Bukan karena tidak mampu membayar atau menganggap tidak perlu memiliki jamban keluarga, namun kebanyakan kurang yakin bahwa gagasan arisan jamban dapat diwujudkan dan akan berjalan dengan lancar.

Dengan peserta yang hanya 11 orang maka desain arisan ini menemui sedikit kesulitan. Sebab uang yang terkumpul dalam satu putaran pembayaran (satu bulan) hanya mencapai Rp 1.650.000, kurang dari total biaya yang diperlukan untuk membangun satu unit jamban. Persoalan ini diatasi dengan menggandeng Koperasi Guru yang ada di desa melalui lobby kader posyandu kepada kepala desa dan pihak koperasi. Beruntungnya, pihak koperasi bersedia membantu dengan memberi talangan kekurangan biaya setiap bulannya tanpa agunan dan hanya berdasar kepercayaan dan kesepakatan.

Kesulitan lain yang muncul belakangan adalah ketika ada kecenderungan harga-harga bahan bangunan naik, meskipun kenaikannya tidak cukup signifikan atau ketika stok material sedang kosong. Kenaikan harga bahan bangunan meskipun tidak sampai membuat batal arisan tetapi memberi pelajaran berharga untuk lebih cermat dalam membuat perkiraan biaya di masa yang akan datang, misalnya dengan memperkirakan kenaikan harga bahan bangunan. Untuk mengatasi kekosongan stok bahan bangunan, kepala desa Lalemba bahkan harus turun tangan membantu meminjamkan bahan bangunan ke desa tetangga melalui komunikasi antar kepala desa.

Dalam perjalanannya, ada perubahan model arisan. Semula peserta yang mendapatkan giliran dibangun jamban dilakukan secara lotere, namun kemudian diputuskan siapa yang pembayarannya telah lunas lebih dahulu, atau angsurannya lebih besar berhak mendapatkan giliran.

3. Berbuah Lebih Cepat dari Yang Direncanakan

Arisan jamban keluarga yang diinisiasi kader posyandu Desa Lalemba telah berjalan kurang lebih 5 bulan, dari Nopember 2011 hingga Maret 2012. Setelah proses mulai berjalan, apa yang semula dianggap berat atau diragukan keberhasilannya mulai terlihat wujudnya. Dalam 5 bulan, 6 dari 11 unit jamban yang direncanakan telah berhasil dibangun. Jamban ke-7 sedang dalam proses penyelesaian. Artinya rentang waktu yang dialokasikan sepanjang 20 bulan untuk menyelesaikan seluruh arisan dapat diselesaikan jauh lebih cepat dari yang diperkirakan.

Sukses yang diperoleh arisan jamban ini juga mengubah pandangan masyarakat dan menghilangkan keraguan bahwa arisan jamban tak bisa dilakukan, berat dan seterusnya. Kelompok peminat yang mundur pada awal arisan karena ragu, sudah mulai mendaftar untuk arisan periode berikutnya. Terakhir, peminat untuk arisan periode kedua sudah mencapai 20an orang.

Secara sederhana ini mencerminkan bahwa bayang-bayang ketidakmampuan masyarakat menanggung biaya pembangunan jamban terbukti salah. Lebih jauh lagi, ini membuktikan bahwa masyarakat memiliki potensi yang besar untuk memenuhi sendiri kebutuhannya. Jika hari ini tampak sulit diwujudkan bisa jadi itu hanya soal cara yang belum ketemu, keyakinan yang belum kokoh dan figur penggerak yang belum berhasil mengkomunikasikan gagasan besarnya.

4. Tumbuhnya Semangat Perbaikan

Praktik Penguatan Jejaring Posyandu

Di luar arisan jamban, banyak lagi praktik baik yang dikembangkan oleh kader-kader posyandu. Baik untuk meningkatkan kapasitas kelembagaan dan pelayanan posyandu maupun untuk memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat. di bawah ini beberapa contoh praktik baik yang juga dikembangkan oleh kader-kader posyandu.

Pada dasarnya kader-kader posyandu bukan hanya berperan dalam aktifitas hari posyandu yang mencakup penimbangan dan pencatatan saja, namun kader-kader posyandu juga kerap kali menjadi rujukan bagi warga dalam berbagai hal menyangkut kesehatan dan perilaku hidup sehat. Padahal pada kenyataannya mereka memiliki basis yang relatif sama dengan warga yang mereka layani. Dalam arti kader-kader posyandu ini bukanlah sekelompok orang dengan latar belakang pendidikan kesehatan masyarakat atau sejenisnya. Mereka hanyalah sekelompok warga yang memiliki kepedulian tinggi yang mendapatkan beberapa pelatihan tentang tugas-tugas dan pengetahuan terbatas terkait keposyanduan. Karena itu mereka memerlukan penguatan kapasitas pengetahuan dan ketrampilannya terus menerus.

Kebutuhan ini membangkitkan inisiatif dari kader dan Lambu Ina, mitra ACCESS yang mendampingi 10 posyandu di Kabupaten Muna termasuk di Kecamatan Lawa untuk membentuk forum yang mempertemukan kader-kader posyandu dari beberapa desa. Forum ini disebut aliansi kader posyandu yang dibentuk untuk menguatkan kapasitas kader melalui diskusi, pembelajaran dan pertukaran pengalaman secara rutin. Dengan aliansi ini kader-kader posyandu bukan saja melakukan proses saling belajar satu sama lain tetapi juga saling menguatkan antar kader.

Disamping itu, kader-kader posyandu juga dianggap tidak cukup jika bergaul dan saling belajar dengan sesama kader posyandu saja. Penting bagi mereka untuk bersentuhan dengan elemen masyarakat yang lain dan dengan isu yang juga beragam. Atas dasar ini dan didukung adanya kelompok-kelompok lain yang concern pada isu berbeda seperti pendidikan atau lingkungan maka terbentuklah sebuah wadah pembelajaran bersama yang dinamai PIPM, pusat informasi, pembelajaran dan mediasi. Kebetulan beberapa kelompok masyarakat yang berbeda isu disambungkan dalam jejaring dampingan mitra-mitra ACCESS, seperti dampingan LSM KRITIK yang fokus pada persoalan

pendidikan dan dampingan SWAMI yang menekuni isu-isu lingkungan dan sumberdaya alam.

PIPM mulai muncul sejak Oktober 2011 dari inisiatif kader posyandu dan masyarakat. Awalnya sebuah pertemuan yang melibatkan 2 organisasi rakyat dampingan SWAMI, 3 kelompok orangtua murid yang didampingi KRITIK serta 6 kader posyandu. Mereka berasal dari 5 desa di Kecamatan Lawa. Kegiatannya mula-mula hanya berupa pertemaun rutin bulanan untuk sharing informasi, diskusi dan sebagainya. Sekarang keanggotaannya mencakup 8 desa dengan anggota antara 5 hingga 8 orang tiap desa. PIPM dikoordinir oleh seorang koordinator di tingkat kecamatan.

Dari forum ini pulalah kerja-kerja yang dilakukan kader posyandu mendapat dukungan dari elemen yang lebih luas. Dan dengan forum ini pula interaksi vertikal dari kader-kader posyandu terwadahi. Interaksi vertikal yang dimaksud adalah proses-proses komunikasi kader posyandu yang tidak semata-mata terbatas pada level desa tetapi juga merambah ke level kecamatan. Tak heran kalau dari forum PIPM ini juga lahir piagam warga (Pebruari 2012) yang merupakan kesepakatan para pihak untuk perbaikan pelayanan bidang kesehatan. Dalam hal ini adalah posyandu dan Puskesmas.

Piagam Warga

PIAGAM WARGA / KESEPAKATAN WARGA	
Dengan A	
Pelayanan Kesehatan Kecamatan Lawa, Kabupaten Muna	
Kepolisian	Hari
KEGIATAN POSYANDU	
1. Posyandu	Ditunjuk pukul 08.30 sebagai kegiatan posyandu
2. Ruang Desa	Tersedia di Desa / 24 jam di Desa berlatar untuk 5 desa
3. Pelayanan Lintas	3. Balok untuk setiap kegiatan posyandu
4. Pelayanan Kesehatan UGD/IGD	2 kali setahun
5. Kader	Setiap bulan
	Hadir pukul 08.00 setiap kegiatan posyandu
	Monevitu Tlu Hantli, Bepi dan Bepi Adanya insentif kader masing Rp 20.000/orang tiap bulan dari Puskesmas
PELAYANAN PUSKESMAS	
1. Pelayanan Kesehatan	
- Pendaftaran	Ditunjuk pukul 08.00 sebagai pukul 08.00
- Jambakemas	Pasien akan di layani sampai selesai
- Jambakemas	Pasien akan di layani sampai selesai
2. Pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD)	24 Jam
3. Pengobatan di Puskesmas	Pasien dan pengobatan berlatar penuh, dan pelayanan sesuai standar ada tindakan medis
4. Ibu melahirkan	Pelayanan Ganti untuk ibu melahirkan sesuai standar di

Puskesmas atau polider, karena di tanggung oleh Puskesmas.

Ibu melahirkan di rumah warga di kenakan biaya Rp. 500.000,- termasuk perawatan selama 40 hari.

Lembubila, 29 Februari 2012

Perwakilan PIPM Kec. Lawa

Kepala Puskesmas Kecamatan Lawa

DAHLIA AFA, SKM
19621211 198412 2 007

WahNADIA

Mengetahui,
Camat Lawa

Dr. LA ODE SAIFUDDIN, M.Si
NIP. 19711106 199302 1 011

Prestasi penting yang patut dicatat sebagai perkembangan dari partisipasi masyarakat, termasuk kader-kader posyandu adalah lahirnya sebuah piagam warga. Piagam ini sebuah dokumen kesepakatan antara warga, kader posyandu dan puskesmas atas beberapa ketentuan mengenai pelayanan posyandu, puskesmas, bidan desa dan sebagainya. Piagam ini lahir dan tercetus pada momentum pertemuan para pihak dalam forum bulanan PIPM (Pusat Informasi, Pembelajaran dan Mediasi), Pebruari 2012 yang lalu.

Latar belakangnya adalah keprihatinan para pihak atas kondisi pelayanan publik dalam sektor kesehatan yang ditemui di lapangan. Forum menganggap bahwa ada kondisi yang harus diperbaiki menyangkut posyandu, puskesmas, bidan desa dan seterusnya. Persoalannya bukan hanya terletak pada petugas kesehatan, bidan ataupun kader posyandu saja tetapi juga menyangkut perilaku masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan publik. Untuk posyandu misalnya, kerap kali pelaksanaan pelayanannya tertunda-tunda waktunya karena saling menunggu antara kader posyandu, petugas kesehatan dari Puskesmas dan masyarakat. terkadang terjadi “saling intai” diantara mereka, warga menunggu kedatangan kader dan petugas dari Puskesmas datang ke posyandu dan standby baru satu persatu mereka berdatangan ke posyandu. Begitu juga sebaliknya, petugas kesehatan melihat dulu dari kejauhan, apakah ada warga yang sudah datang ke posyandu atau belum, baru kalau sudah ada warga yang datang berkumpul mereka mendekat dan mulai memberi pelayanan.

Begitu juga persoalan dengan bidan desa. Sebagai satu-satunya tenaga kesehatan di tingkat desa, kehadiran bidan desa diharapkan siap setiap saat sebab kerap kali kebutuhan warga akan bidan tidak mengenal jam kerja atau jadwal. Kondisi darurat yang memerlukan pertolongan tenaga medis seperti bidan desa bisa sewaktu-waktu terjadi dan tiba-tiba diperlukan. Karena itu warga selalu mengharapkan bidan desa selalu standby di desa agar mudah dijangkau dan dihubungi pada situasi darurat. Sayangnya, bidan desa tidak selalu berasal dan berdomisili di desa tempat mereka bertugas.

Sebagian dari mereka memilih tinggal di kota atau di daerah asal mereka sendiri. Kondisi inilah yang disorot oleh warga dalam pertemuan PIPM yang membahas persoalan pelayanan kesehatan di Kecamatan Lawa bulan Februari lalu.

Piagam warga dianggap menjadi salah satu terobosan solusi untuk memperbaiki pelayanan publik sektor kesehatan oleh para pihak. Sebab dengan piagam ini tidak hanya satu pihak yang berbenah, namun semua elemen memperbaiki komitmennya untuk memperbaiki kondisi pelayanan publik. Para pihak itu adalah para kader posyandu, petugas kesehatan dari Puskesmas, pihak Puskesmas sendiri dan juga warga masyarakat pengguna pelayanan.

Sebagai sebuah kesepakatan bersama Piagam Warga ditandatangani oleh 3 pihak; Kepala Puskesmas oleh Ibu Dahlia Afa, SKM., Camat Lawa oleh Bapak Drs. La Ode Saifuddin, M.Si dan Ibu Wa Nadia yang mewakili warga yang tergabung dalam PIPM. Kesepakatan ini dibuat untuk meningkatkan komitmen dan kinerja pelayanan publik. Butir-butir kesepakatan yang isinya menyangkut pelayanan posyandu, antara lain:

- Kegiatan posyandu disepakati dimulai pada pukul 08.30 pada hari kegiatan posyandu.
- Bidan desa harus tinggal di desa atau 24 jam berada di desa. Kesepakatan ini berlaku di 5 desa.
- 3 bulan sekali bersamaan dengan kegiatan posyandu diadakan pembinaan bagi lansia.
- Pelayanan UKGMD diadakan 2 kali dalam setahun, sedangkan TMK setiap bulan.
- Kader posyandu diwajibkan hadir pukul 08.00 setiap hari kegiatan posyandu.
- Kader posyandu bertugas mendata ibu hamil, bayi dan balita.
- Kader posyandu akan mendapatkan insentif minimal 20 ribu rupiah tiap bulan dari Puskesmas.

Sedangkan kesepakatan yang menyangkut pelayanan Puskesmas, antara lain:

- Pelayanan Puskesmas yang meliputi pendaftaran, Jamkesmas dan Jampersal dimulai pada pukul 08.00 sampai pukul 10.00 dan pasien akan dilayani sampai selesai.
- Pasien gawat darurat akan dilayani sesuai ketentuan UGD. Ddan pelayanan UGD tersedia selama 24 jam.
- Periksa dan pengobatan di Puskesmas berlaku gratis, dan hanya membayar jika ada tindakan medis.
- Pelayanan gratis bagi ibu-ibu yang melahirkan di Puskesmas atau Polindes dan membayar sebanyak 500 ribu rupiah jika melahirkan di rumah. Pelayanan ibu melahirkan sudah termasuk perawatan selama 40 hari.

Meskipun tidak memuat sanksi, namun piagam ini bersifat mengikat, baik bagi petugas kesehatan, kader posyandu maupun warga masyarakat. Hingga penelitian ini dilakukan belum dapat dilihat seberapa efektif piagam warga mengubah perilaku para pihak atas pelayanan publik di sektor kesehatan ini. Namun secara umum tanggapan warga masyarakat, pihak Puskesmas maupun pemerintah kecamatan Lawa puas dan merasa optimistik atas kesepakatan bersama ini.

Pengembangan Tanaman Obat Tradisional



Inisiatif ini muncul setelah kader posyandu mengikuti pelatihan pengembangan tanaman obat tradisional yang diselenggarakan CD Bethesda di Bau-bau. Sebelumnya telah ada kesadaran bahwa tidak baik bergantung pada penggunaan obat-obat kimiawi. Disamping mahal, juga menciptakan ketergantungan pada industri obat pabrikan. Belum lagi dalam beberapa kasus sulitnya memastikan ketersediaan obat-obat pabrikan di daerah-daerah terpencil. Padahal pada saat yang sama potensi tanaman obat-obat tradisional sangat besar. Hanya saja belum terkelola dengan optimal dan juga belum dikembangkan pengolahannya.

Pengembangan yang dilakukan oleh kader-kader posyandu dampingan Lambu Ina meliputi penanaman dan pengolahan tanaman obat yang ada di sekitar lingkungan desa. Jenis-jenis tanaman yang dikembangkan antara lain; jahe, lengkuas, kencur, patah tulang, temulawak, kumis kucing, serai, kunyit, bangle/bangle dan tanaman-tanaman lain. Proses penanaman diserahkan kepada kelompok-kelompok dasawisma, yaitu satu kelompok masyarakat yang terdiri dari sepuluh rumah. Masing-masing dasawisma berkewajiban menanam satu jenis tanaman obat.

Produk obat-obatan tradisional olahan dari tanaman ini yang telah dihasilkan antara lain, instan jahe, instan bangle, salep kulit dan sebagainya. Obat-obatan ini diolah secara sederhana dan manual oleh kader-kader posyandu secara bersama-sama. Produksi dilakukan jika ada pesanan atau ada even yang melibatkan kader-kader posyandu untuk dipamerkan dan dijual langsung.

Produksi obat tradisional dari tanaman lokal ini belum dapat dilakukan dalam skala besar atau dilakukan secara massal. Kendalanya pada peralatan yang sangat sederhana, bahan baku yang terbatas seperti parafin sebagai campuran pembuatan salep, juga soal perijinan. Pengurusan ijin pengolahan obat harus diajukan kepada pihak berwenang, dalam hal ini adalah FARMAKMIN (farmakologi makanan dan minuman) Kabupaten Muna.

Advokasi Pembangunan Pustu dalam forum Musrenbang

Aktifitas kader-kader dalam kegiatan posyandu di desa mendorong terjadinya mobilisasi sosial vertikal. Kader-kader posyandu pada gilirannya tidak semata-mata melayani kegiatan posyandu tetapi juga merambah pada berbagai aktifitas lain. Mereka dipercaya untuk mewakili kelompok masyarakat dalam peran-peran pembangunan di desa. Misalnya, mereka juga diundang hadir dalam Musrenbang desa dan dilibatkan dalam perbincangan mengenai pembangunan desa.

Kehadiran kader-kader posyandu dalam forum musrenbang justru menguntungkan bagi pengembangan posyandu pada umumnya. Dalam forum Musrenbang mereka dapat membawa aspirasi masyarakat, khususnya dalam bidang kesehatan. Ini pula yang dilakukan oleh kader-kader posyandu di Lakawoghe Kecamatan Kusambi. Keterlibatan kader-kader posyandu dalam forum Musrenbangdes membuat mereka leluasa memunculkan usulan pembangunan pustu yang selama ini menjadi kebutuhan masyarakat sebagai salah satu usulan di desa.

Berkat peran kader-kader posyandu, pembangunan pukesmas pembantu masuk sebagai salah satu usulan desa. Usulan ini kemudian dibawa ke Musrenbang tingkat Kecamatan dan berhasil dipertahankan menjadi usulan kecamatan. Saat ini, usulan tersebut dalam proses dibawa ke dalam forum Musrenbang di tingkat kabupaten. Harapannya, usulan ini masuk dalam APBD 2013.

IV. CATATAN PENUTUP

Stocktake tentang pelayanan publik khususnya terkait pelayanan posyandu di Kabupaten Muna menyisakan beberapa catatan. Secara umum pengelolaan posyandu masih sangat bergantung kepada peran kader-kader di lapangan. Posyandu belum mendapat perhatian yang memadai dari pemerintah, khususnya pada tingkat kabupaten, baik dilihat dari program dan kebijakan maupun alokasi anggaran dalam APBD. Kehadiran

pemerintah, dalam hal ini ditandai melalui aktifitas tim penggerak PKK kabupaten, sangat terbatas. Utamanya ketika dilakukan penilaian tahunan rutin terhadap posyandu-posyandu yang ada. Selebihnya hanya terkesan basa-basi saja.

Beberapa posyandu yang cukup aktif di lapangan pada umumnya memiliki tokoh-tokoh (kader posyandu) yang militan dan mendapatkan kepercayaan cukup baik dari warga. Posyandu yang kapasitas kadernya minim dan terbatas menjadi posyandu yang tidak aktif. Karena itu, peningkatan pelayanan posyandu ke depan masih menghadapi bermacam tantangan, misalnya;

- Secara kelembagaan posyandu menginduk pada bidang pemberdayaan masyarakat desa (Kemdagri). Namun berbagai aktifitas, program dan kegiatan posyandu lebih terkait dengan persoalan-persoalan kesehatan masyarakat, yakni urusannya dinas kesehatan. Di lapangan disamping berinteraksi dengan pemerintah desa, posyandu juga banyak bekerja bersama-sama dengan puskesmas. Posisi ganda semacam ini memiliki implikasi pada posyandu, khususnya dalam hal pembinaan, koordinasi dan support anggarannya.

Selama ini posyandu di Kabupaten Muna kerap mendapatkan pembinaan dari puskesmas, khususnya menyangkut isu-isu kesehatan. Dalam beberapa kesempatan posyandu juga mendapat kucuran dana, namun sifatnya lebih merupakan anggaran dana puskesmas yang “disisihkan” bagi posyandu. Itupun atas insisatif puskesmas, bukan pos anggaran yang memang tertuang jelas dalam APBD untuk posyandu.

- Tantangan yang tak juga ringan bagi posyandu adalah upaya memperluas jangkauan pelayanan. Pengertiannya mencakup dari dua sisi, yaitu menumbuhkan kesadaran warga untuk memanfaatkan keberadaan posyandu secara maksimal pada satu sisi, dan pada sisi yang lain membuat posyandu dapat dijangkau oleh seluruh warga secara mudah. Baik jarak lokasi, pilihan waktu pelayanan, prosedur, biaya dan seterusnya.

Karena itu beberapa inisiatif dari kader posyandu di Lalemba dan Lakawoghe untuk mendatangi warga dan memberi layanan di pasar menjadi terobosan yang menarik dan penting.

- Tantangan berikutnya, terkait kualitas pelayanan posyandu yang harus terus menerus meningkat. Hal ini terkait dengan item layanannya yang mungkin tidak hanya berhenti pada standar 5 meja, namun juga merambah pada layanan yang lain, misalnya perluasan pada layanan lansia, pengembangan berbagai inovasi yang bermanfaat bagi warga dan sebagainya. Dalam hal ini, keberadaan kader dan peningkatan kapasitasnya tentu menjadi prasyarat utama.

Keberlanjutan

Dalam hal keberlanjutan posyandu berbagai inovasi telah dikembangkan oleh kader-kader posyandu di beberapa kecamatan, utamanya yang didampingi Lambu Ina. Misalnya di Lakawoghe dengan mengumpulkan buah kelapa sebutir sehari dari tiap-tiap rumah yang memiliki pohon kelapa. Demikian juga berbagai terobosan lain, misalnya dengan cara jimpitan atau membayar lebih dalam arisan antara kader.

Penguatan kapasitas kader melalui berbagai pelatihan juga merupakan langkah-langkah strategis untuk menjaga keberlanjutan posyandu. Sebab dengan ketersediaan kader yang memadai dalam jumlah maupun kapasitasnya maka keberlangsungan pelayanan posyandu menjadi terjamin.

Langkah lain dalam menjaga keberlanjutan posyandu sebagaimana yang telah dilakukan oleh kader-kader di berbagai tempat adalah dengan membangun jejaring antar kader, maupun dengan elemen-elemen masyarakat yang lain. Juga dengan terus melakukan advokasi yang mendorong pemerintah memberikan dukungan bagi posyandu. Yang terpenting dari semua itu adalah jika semua upaya dan inovasi itu muncul dari inisiatif masyarakat sendiri, keberadaan dukungan dari pihak lain termasuk LSM

hanyalah stimulan yang mempercepat dan memperkuat terjadinya praktik baik.

Masyarakat memiliki potensi yang sangat besar untuk mencukupi kebutuhan sendiri pada layanan publik. Setidaknya di Kabupaten Muna, dapat dilihat dari partisipasi dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan. Demikian juga dengan keguyuban sosialnya. Sebagaimana masyarakat Indonesia pada umumnya, tradisi gotong-royong masih hidup dalam adat istiadat masyarakat.

Meskipun demikian sama sekali tidak berarti mengurangi apalagi melepaskan tanggung-jawab pelayanan warga dari pemerintah. Betapapun besar potensi masyarakat, pemerintah tetap menjadi aktor utama pelayanan publik, sebab untuk alasan dan tujuan itulah pemerintah hadir dalam kehidupan masyarakat.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Stocktake atas pelayanan publik, khususnya yang dikerjakan di Kabupaten Muna mengenai posyandu memberikan gambaran kesimpulan betapa pemerintah tidak sungguh-sungguh meletakkan diri sebagai pelayan masyarakat. Bahkan untuk hal-hal yang kecil tetapi mendasar dan strategispun pemerintah kerap kali tidak mampu menjangkau. Pemerintah lebih sering mendahulukan program-program yang dapat mendongkrak popularitasnya saja. Misalnya, lebih memilih menata taman kota ketimbang memastikan adanya posyandu yang bekerja dengan baik di setiap desa.

Jika dikalkulasi, sebenarnya kecil saja peran pemerintah dalam menghidupkan dan menjaga keberlanjutan posyandu. Sebab sebagian besar program ini disupport oleh partisipasi masyarakat. Kader-kader posyandu secara voluntary bekerja keras melakukan pelayanan kepada warga, khususnya terkait dengan ibu hamil dan balita, meskipun pada praktiknya pelayanan yang mereka berikan kerap kali melebar sesuai kondisi.

Dari hasil studi ini juga dapat disimpulkan bahwa voluntarisme yang menjadi jiwa dalam kerja-kerja posyandu dapat

terusik dengan kebijakan-kebijakan pemerintah yang tidak dirancang dengan baik. Support pemerintah yang setengah-setengah dan tidak kontinu mempengaruhi ritme kerja kader-kader posyandu. Misalnya, ketika dalam beberapa waktu/bulan pemerintah memberikan insentif pada kader-kader posyandu, lalu berikutnya tak ada lagi insentif maka terjadi penurunan keaktifan posyandu karena menunggu insentif berikutnya. Dalam bahasa Muna seorang kader menyikapi hal ini dengan mengatakan, “*madaho koem bhe honoro, bhe dokohonoro*,” artinya, lebih baik tidak punya honor daripada ada honor (tetapi berakibat buruk).

Kesimpulan lain yang dapat dicatat di sini adalah bahwa disamping memerlukan dukungan pemerintah untuk meningkatkan kapasitas layanan, posyandu juga memerlukan interaksi dan dukungan dari pihak-pihak lain, misalnya dari kalangan swasta ataupun LSM, khususnya yang bergerak dalam sektor-sektor kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Pengalaman memberikan pelajaran bahwa interaksi posyandu dan keikutsertaan kader-kader dalam berbagai kegiatan di luar membawa gagasan-gagasan baik, inspirasi serta pengetahuan dan ketrampilan baru yang sangat berguna dan dapat diterapkan dalam komunitas posyandunya sendiri. Situasi di lapangan juga menunjukkan bahwa posyandu-posyandu yang didampingi oleh LSM memiliki tingkat keaktifan dan kemajuan yang signifikan.

Berdasar beberapa catatan dan simpulan di atas, beberapa hal patut direkomendasikan untuk peningkatan kemajuan dan keberlanjutan posyandu. Antara lain;

- Pentingnya perhatian pemerintah pada posyandu, meskipun aspek partisipasi masyarakatnya sangat besar. Perhatian pemerintah ini terkait banyak hal, antara lain, soal kelembagaan dan koordinasi antar institusi. Sehingga menjadi jelas siapa yang bertanggungjawab dan institusi mana yang menjadi mitra posyandu. Kedua, soal program dan kebijakan pemerintah yang menempatkan

posyandu sebagai ujung tombak pembangunan sektor kesehatan, utamanya yang bergerak pada ranah preventif dan promotif. Berikutnya tentu saja adalah dukungan anggaran dari pemerintah melalui pos yang jelas dan spesifik.

- Program-program pembinaan posyandu dan peningkatan kapasitas kader juga harus terus dilakukan oleh pemerintah. Sebab persoalan yang dihadapi oleh kader-kader posyandu pada akhirnya tidak hanya sebatas persoalan ibu dan balita atau soal penimbangan, pencatatan dan PMT saja. Seiring meningkatnya kepercayaan warga kepada kader posyandu makin banyak pula persoalan yang diajukan kepada posyandu. Karena itu kapasitas pengetahuan tentang kesehatan masyarakat, tentang tanaman dan obat-obatan tradisional serta hal-hal lain harus selalu diupdate melalui berbagai pembinaan dan pelatihan.
- Akses terhadap posyandu harus terus ditingkatkan. Sehingga warga yang memiliki keterbatasan akses, baik karena letak geografis, kesulitan ekonomi, difabilitas atau oleh berbagai faktor lain tetap mendapat layanan dari posyandu. Beberapa layanan oleh institusi lain di tempat yang berbeda mungkin dapat menjadi referensi bagi posyandu. Misalnya, posyandu keliling atau lainnya, sebab di tempat lain ada juga puskesmas keliling atau puskesmas-puskesmas yang membuka layanan malam hari.

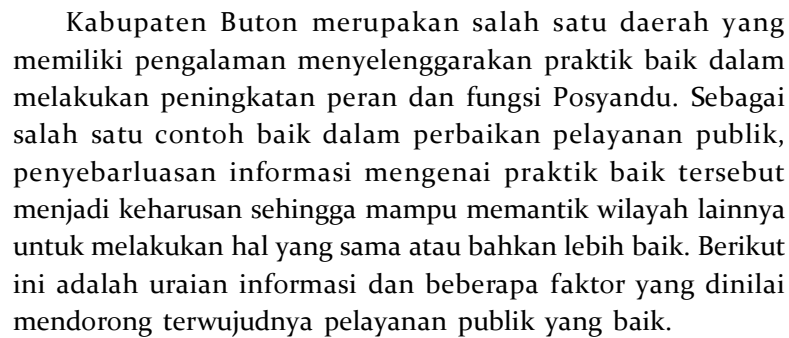


POTENSI LOKAL DAN PELEMBAGAAN POSYANDU

Sebuah Pembelajaran dari Kabupaten Buton, Sulawesi Tenggara

Oleh:
Desiana Samosir dan La Didi

Pelayanan publik merupakan kegiatan yang harus dilakukan bagi seluruh lapisan masyarakat. Penyediaan layanan publik khususnya kesehatan harus sesuai dengan asas pelayanan publik yang mengutamakan kepentingan umum, memberikan kesamaan hak, terjangkau bagi masyarakat dan partisipasif sehingga setiap warga negara bisa mendapatkan akses dan layanan yang baik. Meski telah memiliki Undang-Undang tentang Pelayanan Publik, masih banyak persoalan mengenai layanan publik yang hadir dan membutuhkan perbaikan. Dari sekian banyak kekurangan dalam memberikan pelayanan publik, ada wilayah yang memiliki kreatifitas dan berinisiatif memperbaiki layanan publik dengan memanfaatkan potensi lokal sehingga pelayan publik membaik. Perbaikan layanan publik ini tentu perlu dilembagakan, sehingga mampu bertahan dan terinternalisasi baik di sisi masyarakat sebagai penerima manfaat maupun di sisi penyelenggara layanan.



Kabupaten Buton terletak di Pulau Sulawesi dan meliputi sebagian Pulau Muna dan Buton, secara geografis terletak di bagian selatan garis khatulistiwa, memanjang dari utara ke selatan 4,960 -6,250 lintang selatan dan membentang dari barat ke timur di antara 120,000 – 123,340 Bujur Timur, dengan batas wilayahnya : Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Bombana, Sebelah

Timur berbatasan dengan Kabupaten Wakatobi, Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Muna, Sebelah Selatan berbatasan dengan Laut Flores.

Kabupaten Buton memiliki ibukota di Pasarwajo memiliki luas 2.488,71 Km² atau 248.871 Ha yang terbagi dalam 243 Desa, 29 Kelurahan dan 21 Kecamatan, diantaranya : Kecamatan Wolowa, Kecamatan Wabula, Kecamatan Talaga Raya, Kecamatan Siontapina, Kecamatan Siompu Barat, Kecamatan Siompu, Kecamatan Sangia Wambulu, Kecamatan Sampolawa, Kecamatan Pasar Wajo, Kecamatan Mawasangka Timur, Kecamatan Mawasangka Tengah, Kecamatan Mawasangka, Kecamatan Lasalimu Selatan, Kecamatan Lasalimu, Kecamatan Lapandewa, Kecamatan Lakudo, Kecamatan Kapontori, Kecamatan Kadatua, Kecamatan Gunung Sejuk, Kecamatan Batu Atas dan Kecamatan Batauga.

Potensi yang dimiliki Kabupaten Buton berasal dari perkebunan, pertanian, pertambangan aspal dan jasa. Kabupaten Buton dapat dikatakan daerah agraris dengan penggunaan lahan sebesar 69,02 % untuk usaha pertanian. Dengan kondisi geografis yang memiliki laut yang lebih luas dari daratan tentu memberikan keuntungan tersendiri bagi masyarakat Kabupaten Buton. Hasil laut bisa memberikan peningkatan pendapatan bagi masyarakat wilayah tersebut. Selain pendapatan, kebutuhan protein tentu lebih mudah dipenuhi dengan ketersediaan yang berlimpah dari sumber daya laut.

Menurut hasil sensus penduduk tahun 2010 penduduk Kabupaten Buton berjumlah 255.474 Jiwa terdiri dari laki-laki sebanyak 124.244 Jiwa dan perempuan sebanyak 131.230 jiwa. Penyebaran penduduk Kabupaten Buton terbanyak di Kecamatan Pasarwajo yakni sebesar 14,49 persen, diikuti Kecamatan Mawasangka sebesar 8,64 persen. Untuk kecamatan lainnya sebesar 8,00 persen. Jumlah penduduk terus bertambah setiap tahun tidak diimbangi dengan pemerataan penyebaran penduduk. Dari 255.712

jiwa penduduk Kabupaten Buton, sebanyak 37.067 jiwa atau 14,50 persen berada di Kecamatan Pasarwajo. Struktur umur penduduk Kabupaten Buton pada tahun 2010, 54 persen atau 13.955 jiwa adalah tergolong usia menengah yang berusia 15-64 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa Kabupaten Buton mempunyai penduduk dalam kategori usia produktif.

Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010 Kabupaten Buton memiliki penduduk 255.474 Jiwa dan hanya memiliki 16 orang Dokter, 2 orang Dokter Gigi, 245 orang Perawat dan 131 Bidan pada tahun 2010. Jika ditarik perbandingan antara jumlah penduduk dan jumlah dokter yang dimiliki maka 1 orang dokter harus menangani setidaknya 14.193 jiwa. Selain jumlah yang terbatas, sebaran tenaga kesehatan tersebut juga tidak merata. Dengan jumlah penduduk yang ada dan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas dan sebarannya tidak merata maka sulit membayangkan kualitas kesehatan masyarakat Kabupaten Buton jika tidak memberikan ruang partisipasi warga untuk bersama menjaga kesehatan bersama. Salah satu bentuk pelibatan warga dalam menjaga kualitas kesehatan di wilayah masing-masing adalah melalui penyelenggaraan Posyandu. Posyandu sendiri merupakan model pemberdayaan warga yang sejak lama telah terselenggara. Meski telah lama, beberapa tahun terakhir Posyandu mengalami kemunduran sehingga perlu dilakukan upaya-upaya untuk mengembalikan Posyandu sebagai bagian dalam usaha meningkatkan kesehatan masyarakat. Hal ini juga sebagai salah satu cara menanggulangi ketimpangan yang ada.

Kabupaten Buton terbentuk pada tahun 1959, semula beribukota di Bau-Bau dan pada 24 April 2004 memindahkan ibukota kabupaten ke Kecamatan Pasarwajo. Dalam mengembangkan wilayahnya, Pemerintah Kabupaten Buton memiliki misi mengembangkan sistem pelayanan prima bagi masyarakat secara adil, cepat, transparan dan terjangkau, tidak diskriminatif, mandiri dan dapat dipertanggungjawabkan. Berdasarkan misi yang dicanangkan pemerintah Kabupaten Buton, maka jika wilayah

Kabupaten Buton dikelola sesuai dengan misi tersebut, kabupaten ini merupakan salah satu daerah yang berpotensi menjadi wilayah kajian penyelenggaraan publik yang baik. Dalam hal pelayanan publik dasar bidang kesehatan, salah satu contoh nyata keberhasilan adalah program meningkatkan peran dan fungsi Posyandu melalui kegiatan peningkatan peran dan fungsi para kader Posyandu. Program tersebut merupakan salah satu contoh dari sekian banyak praktik baik di 8 (delapan) Kabupaten/Kota yang menjadi wilayah penelitian Masyarakat Peduli Pelayanan Publik (MP3).

Dalam rangka menyebarluaskan praktik baik dalam pelembagaan posyandu, Koalisi Masyarakat Peduli Pelayanan Publik (MP3) telah melakukan studi mengenai penggunaan potensi lokal dan pelembagaan Posyandu di wilayah Kabupaten Buton.

II. PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI WILAYAH KABUPATEN BUTON

Berdasarkan peraturan daerah Kabupaten Buton, Pendapatan Asli Daerah (PAD) tahun anggaran 2012 adalah Rp. 639.456.878.700,- dengan belanja daerah sebanyak Rp. 671.766.373.900,- terjadi defisit sebesar Rp 32.309.495.200,-. Dengan alokasi anggaran untuk Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2012 sebesar Rp 98.000.000,-. Ketersediaan dana untuk Penyuluhan Masyarakat Pola Hidup Sehat juga memiliki anggaran sebesar Rp 24.975.00,- sedangkan untuk Peningkatan Pemanfaatan Sarana Kesehatan dialokasikan sebesar Rp 56.625.000,- pada APBD 2012.

Dengan alokasi anggaran yang terbatas, wilayah yang cukup luas dan jumlah penduduk yang cukup banyak, Kabupaten Buton tentu kesulitan memenuhi seluruh kebutuhan masyarakat dalam menjaga kualitas kesehatan. Keterbatasan anggaran ini tentu membawa dampak bagi distribusi tenaga kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan hingga wilayah-wilayah terdalam di Kabupaten Buton. Dengan alokasi anggaran yang terbatas, untuk tetap bisa menjaga kualitas kesehatan masyarakat maka kegiatan

atau usaha promosi kesehatan dengan biaya minimalis tentunya menjadi salah satu strategi memberikan penyadaran mengenai pentingnya menjaga kualitas hidup sehat.

Berdasarkan angka statistik kesehatan Kabupaten Buton pada tahun 2009, sebagian besar masyarakat Buton masih mengandalkan layanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas atau Puskesmas Pembantu (Pustu). Puskesmas atau Puskesmas Pembantu (Pustu) dipilih oleh masyarakat dikarenakan akses yang dapat dijangkau dan biaya yang relatif murah. Data ini juga menunjukkan bahwa masyarakat masih bergantung dan membutuhkan pelayanan kesehatan yang cukup baik dari segi akses pelayanan dan kualitas pelayanan sehingga mampu memenuhi kebutuhan masyarakat (Tabel 1).

Tabel 1

Uraian Tempat Berobat (%)	2008	2009	2010
Rumah Sakit	3,38	1,65	1,65
Praktik Dokter	6,74	4,78	4,78
Puskesmas/Pustu	85,40	69,54	69,54
Praktik Tenaga Kesehatan	2,03	15,95	15,95
Praktik Pengobatan Tradisional	0,00	3,86	3,86
Dukun Bersalin	0,00	3,86	3,86
Lainnya	2,45	3,22	3,22
Angka Harapan Hidup (Tahun)	67,40	67,60	68,58

** Sumber : Buton Dalam Angka 2010*

Dalam membantu proses kelahiran bayi, dukun bayi masih memiliki peran dominan di wilayah Kabupaten Buton. Meski dalam rentang waktu 3 tahun mulai mengalami penurunan, namun dari segi partisipasi, kehadiran dukun dalam menolong kelahiran bayi masih masuk kategori tinggi karena mencapai angka 67,99 pada tahun 2010. Tidak dapat dipungkiri bahwa sebagian masyarakat

desa masih membutuhkan bantuan dukun beranak sebagai salah satu alternatif membantu persalinan. Kerjasama tenaga kesehatan terdidik dan dukun beranak tentu akan membantu proses penanganan kelahiran. Dalam kondisi keterbatasan tenaga kesehatan terdidik, keberadaan Dukun masih diperlukan dan menjadi salah satu kearifan lokal yang berkontribusi dalam penggunaan potensi lokal dalam bidang kesehatan. Model relasi yang didorong berbentuk kemitraan Dukun dan Bidan bisa menjadi alternatif dan menjaga kearifan lokal. Meski demikian, persoalan distribusi tenaga kesehatan terdidik ke wilayah terpencil juga terus perlu ditingkatkan, hal ini berkontribusi langsung dalam peningkatan layanan kesehatan ibu dan bayi (Tabel 2).

Tabel 2

Uraian Penolong Kelahiran (%)	2008	2009	2010
Dokter	1,13	1,65	1,34
Bidan	18,62	26,14	29,04
Dukun	75,72	68,72	67,99
Famili	4,15	2,67	1,31
Lainnya	4,15	2,67	1,31

Sumber : Buton Dalam Angka 2010

Ketersediaan fasilitas di wilayah Kabupaten Buton masih terbatas dan memerlukan pembangunan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk meningkatkan akses dan layanan kesehatan bagi masyarakat. Jumlah Puskesmas yang mengalami penurunan signifikan dari 29 pada 2009 dan hanya tersisa 17 pada tahun 2010. Bila dibandingkan antara jumlah penduduk di Kabupaten Buton dengan jumlah fasilitas kesehatan berupa Puskesmas yang mengalami penurunan dalam segi jumlah tentu akan mengalami kesulitan dalam memberikan akses dan layanan yang berkualitas. Meski demikian, pada tahun 2010 dengan jumlah Puskesmas dan Puskesmas Pembantu yang mengalami penurunan

jumlah, terdapat layanan baru berupa Puskesmas Plus sejumlah 13 Unit. Keterbatasan fasilitas Puskesmas tentu menyulitkan masyarakat sehingga ketersediaan akses dan layanan kesehatan menjadi sulit diperoleh masyarakat. Seiring dengan perbaikan akses dan layanan, peningkatan jumlah sarana dan prasarana juga perlu ditingkatkan (Tabel 3).

Tabel 3

Uraian Fasilitas Kesehatan	2008	2009	2010
Rumah Sakit	1	1	1
Puskesmas	29	29	17
Puskesmas Pembantu	70	67	67
Puskesmas Plus	-	-	13
Klinik KB	25	29	33

Sumber : Sultra Dalam Angka 2010

Dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan, Kabupaten Buton masih memiliki keterbatasan sumber daya manusia. Terlihat dalam kolom perbandingan, pada tahun 2010 jumlah tenaga dokter hanya berjumlah 16 orang dengan tingkat kebutuhan melayani masyarakat yang tersebar di banyak wilayah dan jarak tempuh yang cukup sulit dijangkau. Jika merujuk pada jumlah penduduk dan sebarannya yang tidak merata, pelayanan kesehatan yang ditangani oleh tenaga kesehatan mengalami ketimpangan antara daerah satu dengan daerah lain yang berada di wilayah Kabupaten Buton (Tabel 4).

Tabel 4

Uraian Tenaga Kesehatan	2008	2009	2010
Dokter	16	17	16
Dokter Gigi	1	2	2
Apoteker	9	15	5
Perawat	263	265	245
Bidan	124	125	131
Lainnya	220	243	308

Sumber : Sultra Dalam Angka 2011

Berdasarkan potret fasilitas kesehatan yang tergambar dalam uraian diatas, penyelenggara layanan publik di wilayah Kabupaten Buton masih mengalami kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Persoalan keterbatasan anggaran, jumlah tenaga kesehatan yang timpang dengan jumlah penduduk masih dialami. Hal ini menyebabkan persoalan akses dan kualitas layanan menjadi permasalahan yang memerlukan strategi tersendiri sehingga mampu memperbaiki kualitas kesehatan masyarakat khususnya menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Misi Kabupaten Buton akan mampu dicapai bila pelibatan warga dilakukan. Selain itu, strategi perbaikan layanan dengan menggunakan anggaran yang minimalis akan membantu pemerintah daerah dalam memberikan layanan publik.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bagian pelayanan publik dasar yang harus dipenuhi. Salah satu model pemenuhan pelayanan kesehatan di Indonesia adalah melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu sebagai ruang pemberdayaan masyarakat merupakan bentuk nyata pelibatan masyarakat dalam berbagai hal khususnya kesehatan. Meski memiliki fungsi cukup vital bagi masyarakat desa, peran dan kinerja Posyandu di beberapa daerah mengalami penurunan sejak desentralisasi terjadi. Perhatian pemerintah daerah yang rendah, tenaga kesehatan

yang terbatas menyebabkan kasus kurang gizi dan ketahanan fisik rendah kerap terjadi. Berdasarkan data Lembaga Demografi Universitas Indonesia, ada sekitar 270.000 Posyandu di Indonesia, tapi tidak semuanya berfungsi dengan optimal (Berita Satu, Kamis 16 Februari 2012). Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi penurunan kinerja Posyandu secara kelembagaan. Meski demikian, penurunan tersebut tidak menyebabkan Posyandu hilang dari masyarakat. Di beberapa desa, Posyandu masih memiliki peran signifikan meningkatkan kualitas hidup masyarakat desa.

Di wilayah Kabupaten Buton, Posyandu memiliki peran strategis dalam rangka peningkatan kesehatan ibu dan anak. Jarak tempuh yang cukup jauh dengan Rumah Sakit dan Puskesmas menyebabkan masyarakat cukup bergantung dengan keberadaan Posyandu. Posyandu memiliki nilai positif karena membantu Puskesmas mendekatkan layanan kesehatan sampai ke desa. Secara berkala menyelenggarakan Posyandu dengan pemberdayaan aktif masyarakat desa baik kader Posyandu, aparatur desa maupun masyarakat desa menjadi wujud nyata yang dirasakan langsung oleh masyarakat desa. Oleh karena itu, kelembagaan posyandu yang memperoleh dukungan dari pemerintah akan semakin memberikan kontribusi signifikan bagi masyarakat. Meski demikian, Posyandu di beberapa desa di wilayah Kabupaten Buton masih mengalami keterbatasan dalam pelayanannya. Keterbatasan tersebut terlihat dari beberapa Posyandu belum terorganisir dengan baik. Beberapa Posyandu belum memberikan pelayanan 5 meja dengan maksimal. Disisi lain distribusi informasi dan promosi mengenai kesadaran kesehatan masih terbatas. Sarana dan prasarana serta tenaga kesehatan yang terbatas juga turut mempengaruhi kualitas pelayanan Posyandu.

Di Kabupaten Buton, angka kematian ibu dan bayi cenderung mengalami peningkatan. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buton tahun 2010, jumlah bayi yang meninggal pada tahun 2010 mencapai 163 jiwa. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2005, yakni 141 jiwa. Jumlah kematian ibu

selama kehamilan, persalinan maupun nifas (42 hari setelah melahirkan) juga meningkat dari 8 orang pada tahun 2005 menjadi 10 di tahun 2010. Sedangkan angka kematian balita mencapai 44 jiwa per 1.000 kelahiran hidup.

Banyak faktor yang menyebabkan tingginya angka kematian bayi, balita dan ibu, antara lain rendahnya akses bagi masyarakat miskin pada layanan kesehatan yang berkualitas. Warga juga sulit mendapatkan atau memanfaatkan fasilitas dan tenaga kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Warga juga tidak mampu membayar biaya kesehatan yang semakin mahal, meski telah ada jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS) akan tetapi distribusi hak tersebut tidak merata. Di sisi lain, rendahnya pengetahuan dan perilaku kesehatan masyarakat akibat kurangnya informasi atau pendidikan kesehatan juga terjadi. Sedangkan kasus kekurangan gizi pada balita erat kaitannya dengan kesulitan dalam mendapatkan makanan yang berkualitas terutama disebabkan oleh kemiskinan, perawatan dan pengasuhan anak yang tidak sesuai karena rendahnya pendidikan ibu, terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan, sanitasi dan air bersih, pola konsumsi pangan yang tidak seimbang, rendahnya penerapan ASI eksklusif, serta kurangnya kesadaran dan komitmen pemerintah baik pusat maupun daerah akan pentingnya penanggulangan masalah gizi. Persoalan gizi buruk serta minimnya alokasi dana kesehatan khususnya untuk pelayanan kesehatan dasar mendorong masyarakat cenderung menerima saja kondisi tersebut.

Berkaitan dengan kondisi diatas, kerja-kerja konkrit pemberdayaan masyarakat dalam bentuk peningkatan kinerja Posyandu menjadi salah satu cara mendorong pemenuhan kebutuhan dalam hal kesehatan. Prinsip mendekatkan layanan pada masyarakat melalui keberadaan Posyandu, telah membantu menangani persoalan kesehatan masyarakat desa. Penyebarluasan pengetahuan mengenai pentingnya menjaga Perilaku hidup sehat bisa dilakukan oleh para Kader Posyandu. Sehingga dalam kondisi keterbatasan tenaga kesehatan terdidik, masyarakat bisa belajar

menjaga kualitas kesehatannya. Dengan kewenangan penyelenggaraan bidang kesehatan yang dimiliki Pemerintah Desa, saat kewenangan ini digunakan untuk menguatkan kelembagaan Posyandu maka kualitas kesehatan masyarakat desa tetap terjaga. Kesadaran hidup sehat, terinternalisasi dalam lingkungan masyarakat. Dengan sebaran tenaga kesehatan yang tidak merata dan jumlah yang terbatas, penyadaran dan pemberdayaan masyarakat akan membantu pemerintah menjaga desa dari tingginya angka kematian ibu dan anak. Pelibatan dan pemberdayaan masyarakat menjadi hal yang harus dilakukan demi menjaga kualitas sumber daya manusia suatu wilayah.

Jika merujuk pada definisi Posyandu, poin penting dalam program peningkatan kesehatan ini adalah pemberdayaan masyarakat untuk berpartisipasi terhadap pelayanan dasar untuk kesehatan ibu dan anak melalui 5 (lima) kegiatan utama : *Pertama*, pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). *Kedua*, pelayanan keluarga berencana (KB). *Ketiga*, pelayanan imunisasi; *Keempat*, pelayanan gizi. *Kelima*, pelayanan penanggulangan diare. Sehingga yang menjadi sasaran Posyandu adalah bayi, balita, ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas, ibu menyusui, dan pasangan usia subur (PUS). Kegiatan pengembangan Posyandu baru dilakukan apabila 5 kegiatan utama tersebut dapat dilaksanakan dengan baik (cakupan lebih dari 50%) dan tersedia sumber daya yang mendukung. Akan tetapi kreatifitas dalam membuat kegiatan-kegiatan menarik lainnya di luar kegiatan utama untuk meningkatkan cakupan pelayanan juga sangat diperlukan sehingga warga tertarik untuk kembali datang. Berdasarkan Permendagri No. 19 Tahun 2011, aktivitas ini dikembangkan menjadi 10 (sepuluh) dengan tujuan mengintegrasikan layanan untuk perbaikan kualitas kesejahteraan masyarakat.

Meski mengalami berbagai kendala, penguatan dan pe-
lembagaan Posyandu dilakukan oleh berbagai pihak. Salah satu lembaga di Kabupaten Buton yang memiliki perhatian dalam melakukan revitalisasi Posyandu adalah LPSM Yasinta. Upaya

penguatan dan pelebagaan Posyandu dilakukan dengan memberikan pendampingan dan peningkatan kapasitas kader secara berkala sehingga kader mampu mengelola Posyandu secara lebih mandiri. Upaya LPSM tersebut mendapatkan apresiasi yang cukup baik dari para pihak yang berkepentingan dengan keberadaan Posyandu. Hal ini tergambar dalam jejaring kader Posyandu dengan membentuk aliansi kader Posyandu. Jejaring ini menjadi ruang pembelajaran bagi para kader dan pendamping untuk berbagi pengalaman sehingga kapasitas kader semakin membaik. Pembahasan mengenai isu kesehatan dan penanganan yang tepat tentu menjadi salah satu keuntungan dari jejaring kader tersebut.

Praktik baik layanan publik dalam bentuk Posyandu tentu dapat dikembangkan di wilayah lainnya. Meski secara kewilayahan, ada potensi wilayah yang turut mempengaruhi terwujudnya praktik baik tersebut. Dalam hal ini, yang dimaksud sebagai potensi wilayah adalah hal-hal yang berkontribusi positif bagi terwujudnya praktik baik pelayanan publik Posyandu. Potensi ini meliputi kesadaran dan peran aktif dalam bekerjasama diantara aktor, kohesi sosial masyarakat di wilayah tersebut dan partisipasi warga masyarakat dalam melanggengkan terselenggaranya praktik baik penyelenggaraan Posyandu.

III. PROSES DAN PELEMBAGAAN POSYANDU DI KABUPATEN BUTON



sebuah titik sentral dengan memadukan beberapa pelayanan bagi masyarakat desa. Perjalanan penyelenggaraan Posyandu yang didesain oleh pemerintah dahulu dan saat ini menunjukkan bahwa terdapat kemunduran fungsi Posyandu. Kemunduran ini yang menyebabkan pemerintah mengambil sikap dengan mendorong revitalisasi Posyandu yang ada. Hal ini dilatarbelakangi oleh meningkatnya kebutuhan mengenai layanan kesehatan akan tetapi pemerintah menyadari bahwa daerah masih memiliki keterbatasan anggaran, tenaga kesehatan maupun sarana dan prasarana kesehatan. Oleh karena itu untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, perlu adanya partisipasi masyarakat dalam membantu tenaga kesehatan memberikan penyuluhan mengenai pola hidup sehat dan memantau perkembangan kesehatan ibu dan bayi.

Meski demikian, pelayanan publik pada bidang kesehatan di wilayah Kabupaten Buton memiliki kekhasan dalam hal pengelolaan. Hal ini terlihat dalam beberapa temuan yang diperoleh dari penelitian lapangan yang telah dilakukan. Temuan menunjukkan, secara kelembagaan Posyandu memiliki keterbatasan dan kendala. Persoalan sumberdaya manusia, akses dan kualitas pelayanan, pembiayaan serta dukungan dari pemerintah terhadap keberadaan dan keberlangsungan posyandu menunjukkan adanya hal yang bersifat positif dan negatif yang akan diuraikan berikutnya.

a. Landasan Peraturan Posyandu

Posyandu merupakan salah satu dari program pembangunan era orde baru yang cukup membantu meningkatkan kesehatan masyarakat. Salah satu kontribusi langsung dari keberadaan Posyandu yakni mampu menekan angka kematian ibu dan anak. Pelayanan yang diberikan Posyandu tidak hanya berupa penimbangan badan, tetapi juga pelayanan gizi, penyuluhan dan pemeriksaan ibu hamil. Pasca 1997-1998, penurunan kinerja Posyandu terjadi. Oleh karena itu, untuk meningkatkan fungsi Posyandu pemerintah mengeluarkan Surat Edaran Menteri Dalam

Negeri No.411.3/536/SJ tahun 1999. Tak berhenti sampai disitu, pemerintah kembali mengeluarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No.411.3/1116/SJ tahun 2001 mengenai “Revitalisasi Posyandu”.

Pemerintah dalam hal ini melihat bahwa revitalisasi Posyandu harus melibatkan elemen terkecil dari pemerintah. Maka pemerintah kemudian mengeluarkan lagi Surat Mendagri Nomor 410/656/SJ tanggal 4 April 2006 yang ditujukan bagi seluruh Gubernur/Bupati/Walikota dan pimpinan DPRD Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dalam surat tersebut disebutkan bahwa peningkatan peran aktif pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di desa/kelurahan melalui revitalisasi dan optimalisasi peran Posyandu merupakan salah satu pokok program pemantapan Ketahanan Keluarga dan Peningkatan Kesejahteraan Keluarga. Posyandu merupakan tanggung jawab Pemerintah Desa, seperti yang disebutkan dalam PP Nomor 72 tahun 2005 tentang Desa, pada Penjelasan Pasal 14 ayat 1. Dalam PP tersebut disebutkan bahwa Kepala desa mempunyai tugas menyelenggarakan urusan kemasyarakatan yakni pemberdayaan masyarakat melalui pembinaan kehidupan sosial budaya masyarakat seperti bidang kesehatan. Hal ini dipertegas dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 30 tahun 2006 tentang Tatacara Penyerahan Urusan Pemerintahan Kabupaten/Kota Kepada Desa yang menyebutkan bahwa salah satu urusan pemerintahan Kabupaten/Kota yang dapat diserahkan pengaturannya kepada Desa antara lain adalah bidang kesehatan. Permendagri tersebut menyebutkan secara rinci urusan dalam bidang kesehatan, dan salah satunya adalah mengenai pengelolaan Posyandu.

Pengelolaan posyandu yang semula dikenal dengan layanan 5 (lima) meja kemudian dikembangkan lagi berdasarkan Permendagri No. 19 Tahun 2011. Permendagri ini mengintegrasikan 10 (sepuluh) meja yang melingkupi berbagai kegiatan masyarakat dari layanan kesehatan, pendidikan hingga kesejahteraan. Permendagri ini memang belum diimplementasikan dengan baik, mengingat regulasi ini merupakan sesuatu yang baru dan masih

memerlukan waktu untuk dilaksanakan. Di sisi lain, dari seluruh wilayah kajian, masih menjalankan pelayanan 5 (lima) meja saja. Meski demikian, konsep pelayanan terintegrasi dalam 10 (sepuluh) meja merupakan hal yang layak untuk diterapkan untuk mendukung pemenuhan kebutuhan dan kemandirian desa.

b. Dampak Keberadaan Posyandu

Dengan sarana dan prasarana yang terbatas, kader Posyandu di Kabupaten Buton masih mengupayakan keberlanjutan Posyandu dengan menggunakan sumber daya yang terbatas yang tersedia pada masing-masing wilayah pengabdian Posyandu. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dampak dari peningkatan peran dan fungsi Posyandu di wilayah Kabupaten Buton terlihat cukup baik. Masyarakat di wilayah cakupan Posyandu mengetahui, menyadari dan menerapkan Perilaku hidup sehat. Penyelenggara layanan Posyandu yakni para kader Posyandu dan tenaga kesehatan dari Puskesmas memiliki kesadaran dan tanggung jawab bersama dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan menyelenggarakan Posyandu secara berkala. Dukungan yang diberikan aparat desa juga turut memberikan dampak bagi peningkatan peran dan fungsi Posyandu. Dorongan untuk memupuk partisipasi warga turut memudahkan sehingga para kader Posyandu tidak perlu kesusahan dalam mengajak warga masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup sehat dan pengawasan tumbuh kembang bayi serta memantau kesehatan ibu.

Posyandu yang bisa dikatakan cukup sukses di wilayah study stock taking kali ini adalah Posyandu Cendrawasih di Desa Matanauwe. Posyandu ini sejak tahun 2003 Posyandu ini masuk kategori Posyandu Mandiri. Pada tahun 2010 Posyandu ini meraih juara I lomba Posyandu tingkat Kecamatan Siotapina. Awalnya kegiatan Posyandu dilaksanakan di bawah pohon karena ketiadaan gedung dan prasarana untuk mendukung penyelenggaraan Posyandu. Puskesmas setempat kemudian berperan aktif membangun kerja sama dengan masyarakat dan aktif dalam

mendampingi para kader Posyandu, pengelolaan Posyandu menjadi lebih baik. Model relasi yang dibangun Puskesmas bersama dengan Pemerintah Desa tentu membantu menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan Posyandu di Desa Matanauwe. Situasi yang kondusif menyebabkan Posyandu di wilayah ini mampu berkembang dan memberikan dampak yang signifikan dalam peningkatan kualitas kesehatan masyarakat di desa tersebut.

Posyandu Cendrawasih telah memiliki sarana dan prasarana yang memadai atas dukungan Puskesmas, Pemerintah Desa maupun masyarakat. Posyandu kini memiliki sarana gedung yang dilengkapi dengan perlengkapan berupa timbangan bayi, timbangan dacin, timbangan berdiri, meja, kursi, kartu anggota, poster-poster terkait dengan pemantauan pertumbuhan dan gizi balita, balok SKDN, papan nama serta papan informasi yang berisi informasi tentang frekuensi penimbangan, jumlah kader aktif, cakupan penimbangan balita, cakupan campak, cakupan ibu hamil, dan cakupan KB aktif. Pelayanan Posyandu pun sangat lengkap, mulai dari imunisasi sesuai tahapan perkembangan, pemberian makanan tambahan (PMT), penyuluhan gizi buruk, dana sehat yang terdiri dari Rp 1.000,-/bulan untuk PMT dan Rp 1.000,-/bulan untuk dana sosial, pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB, pemberian kapsul vit. A pada bulan Februari dan Agustus, pengobatan dan BKB. Salah satu upaya memantau perkembangan bayi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah ke keluarga yang tidak membawa anaknya ke Posyandu. Kegiatan ini dilakukan Kader Posyandu dan atau Petugas Puskesmas. Namun lebih sering dilakukan bersama-sama sehingga dalam kunjungannya, tidak hanya melakukan penimbangan namun juga memberikan penyuluhan bagi masyarakat. Sehingga dalam satu kali kunjungan mampu memberikan dua layanan sekaligus yakni pemantauan tumbuh kembang anak dan penyuluhan kesehatan. Secara sosial, umumnya keluarga-keluarga tersebut akan merasa malu jika didatangi 2 kali, sehingga mereka akan membawa anaknya ke Posyandu secara ru-

tin. Selain itu, dana sosial yang dikumpulkan biasanya diperuntukkan bagi renovasi gedung jika ada kerusakan atau membantu jika ada yang sakit namun mengalami kesulitan biaya.

Dalam referensi, indikator yang digunakan untuk mengukur tingkat perkembangan Posyandu biasanya melihat secara kuantitatif berupa angka frekuensi kegiatan per tahun, jumlah kader yang ada, cakupan kegiatan yang dilakukan, program/kegiatan tambahan selain aktifitas layanan 5 meja dan pengumpulan dana sehat. Berdasarkan laporan mitra ACCESS ada beberapa faktor yang mempengaruhi sehingga terjadi perubahan di masyarakat, antara lain : *Pertama*, kesadaran dan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya Posyandu meningkat. *Kedua*, keaktifan dan kesukarelawan kader dalam menjalankan fungsinya tidak terbatas di lokasi Posyandu tetapi juga mengunjungi warga yang tidak hadir. *Ketiga*, dukungan dan komitmen pemerintah desa dalam menciptakan situasi kondusif serta mendorong masyarakat awam berpartisipasi aktif dalam penyelenggaraan Posyandu. *Keempat*, peran aktif, kreatifitas dan komitmen Puskesmas dalam mengembangkan Posyandu dan menjaga relasi dengan kader. Selain empat poin yang diuraikan tersebut, penelitian Stock Taking MP3 melihat juga adanya kesadaran menggunakan potensi lokal dan relasi antarwarga yang cukup kuat sehingga membantu meningkatnya dampak Posyandu bagi masyarakat. Potensi lokal dan interaksi sosial yang terbangun justru sangat memungkinkan berkontribusi bagi proses pelebagaan Posyandu. Potensi lokal yang dimaksud dalam hal ini yaitu berupa tanaman obat, hasil laut, tanaman di hutan desa maupun penggunaan sarana publik (rumah adat/Baruga dan balai desa) sebagai tempat penyelenggaraan Posyandu. Selain itu juga pelibatan dukun beranak dalam hubungan kemitraan dengan bidan desa dalam penanganan kelahiran. Sedangkan interaksi sosial yang membantu warga adalah “Kalelei”. “Kalelei” biasanya dilakukan apabila sehari menjelang atau saat Posyandu diselenggarakan dari rumah ke rumah lainnya.

Dampak yang cukup signifikan dan terlihat adalah adanya perubahan Perilaku bersih diri dan lingkungan. Perubahan pola Perilaku ini kemudian menunjukkan dampak pendampingan dalam mendorong peningkatan peran dan fungsi Posyandu mulai terinternalisasi dalam kehidupan masyarakat desa. Kesadaran mengenai pentingnya air bersih, mencuci makanan sebelum dimasak dan mencuci tangan merupakan contoh perubahan yang terjadi pada masyarakat pasca penyuluhan yang dilakukan oleh kader Posyandu. Di sisi lain, warga juga mengupayakan kaderisasi. Kaderisasi ini dilakukan agar pelayanan Posyandu semakin membaik. Kader Posyandu mengupayakan agar pelayanan Posyandu juga tidak berhenti meski ada yang semakin menua atau pindah ke wilayah lain. Pelembagaan Posyandu dilakukan dengan membangun kesadaran kader mengenai peran dan kontribusi kader jika Posyandu terus bertahan.

Di tingkat masyarakat terjadi perubahan kesadaran dan perubahan perilaku masyarakat mengenai pentingnya pola hidup sehat. Menurunnya angka gizi buruk, kesehatan anak dan ibu yang lebih terjaga dan beberapa Posyandu mampu mendorong pemerintah Kecamatan dan Desa untuk menempatkan tenaga kesehatan terdidik tinggal di desa sehingga prinsip mendekatkan layanan publik pada masyarakat secara perlahan telah diwujudkan. Dampak pengorganisasian Posyandu ini membantu warga desa dalam mengembangkan obat tradisional, pengembangan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dan variasi makanan bergizi berbahan pangan lokal. Selain berkreasi dalam obat dan makanan, kader Posyandu juga mengembangkan arisan kader, mengembangkan simpan pinjam kader bersama warga desa, mengembangkan dana sehat. Selain itu, diselenggarakan juga pertemuan rutin kader bersama Puskesmas. Di sisi lain, untuk mempromosikan praktik baik dengan sesama dilakukan pertemuan untuk berbagi pengalaman dengan kader Posyandu lintas desa dan kecamatan.

c. Keberlanjutan

Salah satu upaya menjaga keberlanjutan Posyandu adalah dengan tidak bergantung pada pemerintah di level Kecamatan/Kabupaten/Provinsi. Pemerintah desa bersama dengan elemen terkait perlu bersinergi menjaga keberlanjutan Posyandu dengan mendorong swadaya masyarakat dengan lebih baik lagi. Sejauh ini, persoalan sarana dan prasarana yang terbatas, khususnya dalam hal penyediaan tempat. Kader memilih menggunakan rumah warga atau rumah adat sebagai tempat penyelenggaraan Posyandu. Meski hak memperoleh akses dan layanan berkualitas menjadi kewajiban negara untuk memenuhinya, akan tetapi pemberdayaan masyarakat dengan memaksimalkan aset sosial yang ada merupakan salah satu cara menjaga keberlanjutan Posyandu. Sambil terus mendorong pertanggungjawaban negara untuk menjamin ketersediaan akses, tentunya modal sosial dan interaksi sosial yang dimiliki masyarakat sejak lama perlu terus dijaga. Semangat dan nilai kesukarelaan menyelenggarakan Posyandu merupakan salah satu aset yang harus dijaga dari pengaruh buruk materialis.

Untuk menjaga kualitas kesehatan masyarakat, perlu dilakukan upaya preventif dan promotif mengenai isu kesehatan dengan menggunakan cara-cara kreatif sehingga warga tidak bosan dan terus memperoleh pengetahuan dan informasi mengenai isu kesehatan dan cara penanganannya. Dengan keberadaan potensi lokal yang berlimpah dari hasil laut, hasil perkebunan, pertanian dan peternakan tentu perlu pula mengembangkan masyarakat desa yang bisa mengolah hasil dari potensi lokal untuk peningkatan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat. Pemanfaatan obat tradisional sebagai salah satu alternatif pencegahan penyakit perlu terus dilakukan. Obat tradisional lebih mudah diperoleh warga jika keberadaan apotik hidup di sekitar pekarangan rumah tersedia. Hal ini menjadi penting mengingat akses masyarakat yang masih sulit menjangkau fasilitas kesehatan dan obat-obatan. Di sisi lain, penggunaan obat-obatan tradisional membantu masyarakat agar tidak tergantung dengan obat kimia yang memiliki efek jangka

panjang bagi tubuh. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan terdidik kesehatan dan jumlah penduduk yang masih timpang menyebabkan keberadaan Posyandu memiliki peran penting dan harus dijaga keberlanjutannya. Sebagai upaya menjaga partisipasi masyarakat, selain menjaga keberlanjutan Posyandu perlu juga memaksimalkan kemitraan tenaga kesehatan terdidik dengan dukun beranak yang telah ada sejak lama. Hal ini mengingat keberadaan dukun beranak yang masih cukup signifikan dari segi jumlah, relatif stabil dalam perjalanannya.

Pasca pendampingan mitra ACCESS, kader Posyandu di wilayah Kabupaten Buton diharapkan mampu melanjutkan Posyandu secara mandiri. Pendampingan yang sifatnya sementara, digunakan sebagai masa transisi bagi masyarakat dalam hal ini kader Posyandu bersama elemen terkait untuk mendorong dan menjaga keberlanjutan proses pemenuhan hak kesehatan yang lebih baik di masyarakat. Salah satu bekal yang diberikan agar dapat menjalankan Posyandu secara berkelanjutan adalah dengan memberikan penguatan kapasitas kader dalam mendorong perbaikan layanan kesehatan. Bekal yang telah ada diharapkan dapat terus berkembang dan diturunkan dalam proses regenerasi kader Posyandu. Secara bertahap diharapkan kader Posyandu yang telah berkualitas mampu membagikan pengetahuannya pada kader Posyandu lainnya. Internalisasi nilai-nilai TKLD tentu akan membantu kader Posyandu meskipun organisasi pendamping (Mitra ACCESS) tidak lagi ada namun Posyandu dapat terus terselenggara bagi pemenuhan layanan kesehatan masyarakat desa.

Di sisi lain, dukungan pemerintah dan DPRD akan turut mempengaruhi keberlanjutan praktik baik penyelenggaraan Posyandu. Bentuk dukungan yang diberikan bisa berbentuk dukungan penyediaan pos anggaran bagi peningkatan kapasitas kader Posyandu secara berkala dan melakukan pengawasan secara berkala. DPRD Kabupaten Buton dalam hal ini dapat terus meminta laporan pertanggungjawaban penggunaan anggaran dan melakukan pengawasan unit-unit layanan yang berkaitan dengan

penyelenggaraan kesehatan masyarakat khususnya Posyandu. Peran DPRD dalam melakukan pengawasan sektor pelayanan publik merupakan proses menjalankan fungsi pengawasan yang melekat dalam tugas kelembagaan DPRD.

d. Yang masih harus diperbaiki

Melakukan usaha-usaha penyadaran hak mengenai pentingnya akses dan layanan kesehatan tentu bukan hal yang mudah. Mengubah perilaku yang telah tertanam dan menjadi kebiasaan negatif bukanlah pekerjaan yang bisa dilakukan dalam waktu singkat. Salah satu perilaku yang menjadi persoalan kesehatan adalah rendahnya pemahaman mengenai pentingnya perilaku hidup sehat. Pola hidup sehat tentu tak dapat dipisahkan dengan aktivitas harian, mulai dari aktifitas pagi hari sampai pada aktifitas pembuangan sampah harian. Perilaku membiarkan sampah menumpuk di sekitar rumah misal di dapur atau dekat kamar mandi masih terjadi. Hal ini perlu diperbaiki mengingat potensi penyakit bisa hadir dari pembuangan sampah tersebut. Selain itu dalam hal MCK (Mandi, Cuci dan Kakus), di wilayah Kabupaten Buton ternyata masih banyak rumah yang abai akan ketersediaan toilet/jamban. Dorongan adanya arisan jamban yang dilakukan dengan program dasawisma salah satunya bertujuan perbaikan perilaku hidup sehat dengan pengadaan jamban/toilet. Program ini dilakukan secara berkelompok, setiap kepala keluarga menyeter uang dengan nominal yang telah disepakati dan uangnya kemudian digunakan untuk pengadaan sampai pembangunan jamban/toilet. Bagi sebagian masyarakat yang memiliki keterbatasan keuangan, program ini sangat membantu dan meringankan. Dari 6 desa pada 4 kecamatan dampingan yang memiliki program dasawisma arisan jamban memang belum seluruh desa menerapkan program ini. Oleh karena itu, replikasi program dasawisma arisan jamban bisa dilakukan pada desa lainnya.

Di sisi lain, masyarakat di wilayah Kabupaten Buton sebagian besar masih mempercayai opini negatif mengenai efek jika anak

diimunisasi maka akan mengalami demam tinggi. Opini negatif tersebut kemudian menyebabkan tidak semua anak dibawa ke Posyandu, bahkan seringkali jika anak panas setelah diimunisasi, anak tidak lagi dibawa ke Posyandu. Orang tua masih belum terbiasa bertanya pada petugas kesehatan mengenai dampak imunisasi. Oleh karena itu, pemberian penyuluhan dalam kerangka penyadaran mengenai pentingnya imunisasi dan hak-hak kesehatan lainnya masih perlu ditingkatkan sehingga Posyandu tidak terkesan sebatas fungsi administratif saja. Pemberdayaan dan partisipasi aktif masyarakat menjadi kunci keberhasilan menekan angka kematian ibu, bayi dan balita. Ketidaksadaran masyarakat akan memberikan dampak buruk bagi kesehatan masyarakat secara umum dan akan berkontribusi bagi ketersediaan sumber daya manusia yang kompetitif di masa mendatang. Oleh karena itu, perbaikan kesadaran masyarakat, pemerintah dan penyelenggara layanan publik masih perlu diperbaiki lagi.

Minimnya kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan menyebabkan Posyandu juga tidak maksimal difungsikan. Selain itu, dukungan pemerintah dari tingkat kabupaten, kecamatan hingga desa turut mempengaruhi berjalannya program peningkatan peran dan fungsi Posyandu. Inisiatif perbaikan atau revitalisasi Posyandu memang hadir melalui campur tangan pemerintah, akan tetapi upaya menjalankan Posyandu juga dipengaruhi oleh kesadaran kader Posyandu.

Upaya melembagakan Posyandu dilakukan dengan melakukan rekrutmen kader posyandu baru bahkan dengan merekrut kader posyandu laki-laki. Pelibatan laki-laki dalam penyelenggaraan Posyandu tentu memiliki kesan positif karena hal ini menunjukkan bahwa persoalan kesehatan ibu dan bayi tidak hanya persoalan kelompok perempuan semata akan tetapi menjadi tanggung jawab berbagai pihak. Tidak dapat dipungkiri, Posyandu mengalami kegamangan mengenai institusi induk yang menjadi penang-gungjawab dalam memberikan pendampingan dan memberikan fasilitasi secara rutin pembekalan dan pengayaan

informasi mengenai isu kesehatan. Keterbatasan anggaran seringkali dijadikan alasan dalam upaya peningkatan kapasitas kader Posyandu. Oleh karena itu, Posyandu cenderung bergantung pada inisiatif kader. Meski memiliki keterbatasan dalam menjalankan Posyandu, kader ternyata tetap berupaya melakukan tugas-tugas dengan keterbatasan yang ada. Peningkatan kapasitas secara berkala masih sangat kurang sehingga kader cenderung hanya mengandalkan kemampuan standar yang dimiliki masing-masing individu.

Dengan kesadaran yang baik mengenai pentingnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat, 5 elemen penting dalam peningkatan peran dan fungsi Posyandu dapat diuraikan sebagai berikut :

1). Pemerintah Desa

Dalam konteks memberikan dukungan bagi penyelenggaraan Posyandu, dari 6 desa yang menjadi sampel studi ditemukan adanya dukungan yang cukup baik dari pemerintah desa misalnya : di desa Lipu pemerintah desa mengizinkan penggunaan balai desa atau "*baruga*" (Rumah Adat) sebagai tempat penyelenggaraan Posyandu. Sarana gedung Posyandu memang sudah tersedia namun letak gedung yang sangat dekat dengan jalan desa menyebabkan aparat desa dan para orang tua khawatir keselamatan anak-anak sehingga pemerintah desa kemudian menyarankan penggunaan balai desa sebagai bentuk dukungan penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat desa. Di desa Siontapina, aparat desa mendukung penyelenggaraan Posyandu karena menyadari bahwa kegiatan Posyandu penting bagi kesehatan masyarakat. Bersama dengan kader Posyandu, aparat desa mendorong agar pemerintah Kecamatan menempatkan Bidan Desa menetap dan mendampingi masyarakat desa. Kerjasama yang cukup baik kemudian mampu mendorong ketersediaan tenaga kesehatan terdidik memberikan layanan langsung di lingkungan tempat tinggal masyarakat. Di Desa Lipu, saat penelitian ini dilakukan sedang disusun Peraturan Desa (PERDES) yang di-

tujukan untuk menjaga keberlanjutan Posyandu. Penyusunan PERDES tersebut diharapkan mampu menjadi pedoman bagi desa meski terjadi pergantian aparatur, capaian praktik baik dapat terus dijaga keberlanjutannya.

2). Puskesmas

Pendampingan yang dilakukan LPSM Yasinta di 10 desa dan 6 diantaranya menjadi sampel studi ini menunjukkan adanya kerjasama yang baik antara Puskesmas dengan pihak-pihak terkait. Apresiasi secara langsung juga disampaikan Kepala Puskesmas Siontapina bagi kader-kader Posyandu. Agar semangat ke-sukarelaan kader tetap terjaga maka Puskesmas memutuskan memberikan akses kartu berobat bagi kader Posyandu dan keluarga sebagai insentif atas kerelaan membantu penyelenggaraan Posyandu diwilayahnya. Kesadaran mengenai metode pemberian ceramah kesehatan yang cenderung membosankan dan belum tentu dipahami oleh warga kemudian mendorong Puskesmas bersama kader mencari metode penyuluhan kesehatan yang mampu diingat warga misalnya dengan memutar film mengenai wabah demam berdarah atau penyakit lainnya. Kesadaran mengenai level pendidikan dan situasi sosial masyarakat tersebut belum tentu dimiliki oleh petugas Puskesmas di seluruh wilayah. Oleh karena itu, sesederhana apapun upaya Puskesmas dalam mendorong, mendukung dan memberikan peningkatan pelayanan Posyandu tentu patut diapresiasi. Kreativitas ini tentu akan memantik semangat pelebagaan praktik baik pelayanan publik di wilayah Kabupaten Kabupaten Buton.

3). Kader Posyandu

Inisiatif, kreasi dan kesadaran mengenai pentingnya peningkatan kapasitas kader Posyandu telah menjadi nyala semangat para kader Posyandu untuk terus mengembangkan diri dan menjadikan praktik baik yang sudah dilakukan dapat terlembaga meski terjadi perpindahan kader atau perubahan di struktural.

Kesabaran kader dalam mendampingi masyarakat menunjukkan bahwa nilai sosial kesukarelaan mengabdikan masih terjaga di masyarakat. Penggunaan potensi lokal berupa hasil laut, pertanian dan sumber daya alam lainnya mampu dipromosikan oleh para kader Posyandu untuk meningkatkan kualitas gizi masyarakat sehingga mampu membantu menurunkan angka kurang gizi dan memberikan penanganan awal jika ada anggota masyarakat yang sakit sebelum memperoleh bantuan dari tenaga kesehatan terdidik. Kesukarelaan, kemampuan belajar, pengabdian yang dilakukan kader Posyandu tentu merupakan hal yang menjadi perekat dalam membangun sinergi antar aktor yang berperan dalam peningkatan akses layanan kesehatan bagi masyarakat. Kader Posyandu mampu menjadi agen dalam upaya mendekatkan layanan publik di tingkat terkecil pemerintahan yakni desa. Pengabdian ini tentu tidak menggantikan dengan nominal rupiah yang kemudian diperoleh oleh kader Posyandu dalam bentuk insentif yang hanya cukup mengganti transport bahkan kadang dengan jarak yang cukup jauh, insentif pengganti transport tersebut bahkan tidak cukup. Apresiasi yang luar biasa patut diberikan atas kesukarelaan meluangkan waktu bahkan sebagian hari-harinya untuk membantu mendampingi masyarakat di desa tempat kader Posyandu berproses dan berdampak bagi kesehatan masyarakat. Pada kasus tertentu, kompetensi kader Posyandu bahkan sampai pada tingkat advokasi hak-hak kesehatan warga berupa kartu JAMKESMAS. Di desa Siomanuru misalnya, kader Posyandu sampai pada titik meminta perbaikan daftar nama masyarakat penerima JAMKESMAS kepada Pemerintah Desa karena ada beberapa warga yang memiliki keterbatasan ekonomi namun tidak memperoleh akses kesehatan berupa JAMKESMAS. Advokasi yang dilakukan kader Posyandu disambut baik oleh Pemerintah Desa yang dalam hal ini merasa terbantu mengidentifikasi siapa yang berhak dan layak memperoleh kartu JAMKESMAS. Hal ini menunjukkan bahwa kader Posyandu memiliki kemampuan yang signifikan, tidak hanya soal penimbangan dan kesehatan yang bersifat

teknis tetapi juga mampu mengadvokasi masyarakat dalam memperoleh akses layanan kesehatan.

4). Masyarakat

Kesadaran dan keinginan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam mengetahui dan memperoleh layanan kesehatan yang baik tentu memiliki pengaruh bagi terselenggaranya layanan kesehatan yang ramah dan mudah diakses masyarakat. Masyarakat yang sudah tidak mempunyai bayi juga turut mendistribusikan informasi mengenai kegiatan Posyandu bahkan mengingatkan sesama warga untuk mendatangi Posyandu dengan metode '*kalelei*'. Kalelei yaitu meneriaki tetangga atau mendatangi tetangga, tindakan ini dilakukan sebagai mekanisme pengingat agar tidak melewatkan jadwal Posyandu. Peningkatan peran dan fungsi Posyandu ini dirasakan oleh warga. Warga juga terlibat dalam pengawasan layanan, misalnya dengan mengajukan pertanyaan atau protes jika pelayanan menurun dalam kualitas atau tidak terselenggara pada jadwal yang seharusnya. Pengawasan warga juga dilakukan agar pengelolaan "*jimpitan*" (Iuran warga) dan dana sosial transparan serta dapat dipertanggungjawabkan.

5). LPSM Yasinta (Pendamping)

LPSM Yasinta mengambil peran dalam meningkatkan kapasitas masyarakat, kader Posyandu dan pihak terkait dalam meningkatkan peran dan fungsi Posyandu. Di sisi masyarakat, upaya membangun kesadaran dilakukan dengan melakukan pendampingan. Di sisi kader Posyandu, peningkatan kapasitas kader dilakukan sehingga kader mampu mengelola Posyandu secara mandiri dan berkelanjutan. Di sisi lain, LPSM Yasinta juga melakukan advokasi regulasi dengan membangun relasi dengan pemerintah dari tingkat kabupaten sampai tingkat desa serta membangun kerjasama dengan Puskesmas terkait. Dalam konteks regulasi juga dilakukan advokasi mendorong adanya perhatian yang lebih baik di tingkat kabupaten dengan mendorong masukan Raperda Kesehatan Ibu dan Anak.

Dari seluruh uraian hasil penelitian ini, kesadaran para aktor dan keinginan untuk memaksimalkan peran masing-masing aktor merupakan faktor yang berpengaruh signifikan dalam terselenggaranya layanan publik yang lebih baik. Persoalan akses dan layanan yang berkualitas menjadi kebutuhan masyarakat yang harus dipenuhi. Pemerintah memang memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan publik berkualitas, akan tetapi partisipasi para pihak juga turut menentukan dalam upaya mendorong pelayanan publik berkualitas. Praktik baik pemenuhan hak yang terjadi di wilayah Kabupaten Buton menunjukkan bahwa pelebagaan Posyandu bisa terselenggara dengan kerja sama dan kontribusi aktif 5 (lima) elemen yang terkait. Tumbuhnya kesadaran yang kemudian terwujud dalam inisiasi melakukan peningkatan peran dan fungsi Posyandu menunjukkan bahwa kualitas layanan kesehatan masih memiliki persoalan. Namun, ada upaya dan usaha bersama untuk melakukan perbaikan. Dalam prosesnya, praktik baik ini terwujud karena berbagai pihak saling berkontribusi sehingga kemudian tidak hanya peningkatan peran dan fungsi saja tetapi mengarah pada pelebagaan praktik baik Posyandu di masyarakat. Kecenderungan ini terlihat di beberapa Posyandu yang memiliki perbaikan signifikan sesudah pendampingan LPSM Yasinta.

a. Inisiatif Posyandu

Proses panjang telah ditempuh dalam upaya meningkatkan peran dan fungsi Posyandu di wilayah Kabupaten Buton. Dalam pertemuan apresiatif Kabupaten Kabupaten Buton yang diselenggarakan oleh ACCESS, berbagai pihak yang hadir dalam pertemuan menyadari pentingnya perbaikan kondisi sosial di wilayah Kabupaten Buton sehingga mampu mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera. Salah satu ide yang kemudian muncul dalam pertemuan tersebut menyorot persoalan kesehatan. Dalam rangka memperbaiki tingkat kesehatan masyarakat, revitalisasi Posyandu merupakan satu dari sekian upaya yang didorong untuk menjawab persoalan kesehatan di wilayah Kabupaten Buton.

Secara nasional dengan hadirnya regulasi yang dimunculkan oleh Kementerian Dalam Negeri mengenai upaya revitalisasi Posyandu tentu juga turut berkontribusi menguatkan upaya yang hadir dari masyarakat Kabupaten Buton sendiri. Regulasi nasional yang juga turut berkontribusi dalam hal ini adalah regulasi yang mendorong substansi perbaikan akses dan pelayanan publik bagi masyarakat. Selain itu, kesadaran kader Posyandu yang menginginkan peningkatan akses dan pelayanan Posyandu menjadi titik balik bagi pemerintah dan stakeholder terkait untuk mendukung revitalisasi Posyandu.

Posyandu adalah salah satu program yang didesain untuk mencegah kematian ibu dan anak serta meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Akan tetapi seiring dengan berjalannya waktu, terjadi penurunan fungsi Posyandu. Proses terbentuknya Posyandu tentu tidak lepas dari adanya dorongan dari berbagai pihak yang hadir dalam pertemuan apresiasi kabupaten (PAK) yang diselenggarakan ACCESS. Oleh karena itu, LPSM Yasinta sebagai salah satu Mitra ACCESS yang memiliki visi meningkatkan pelayanan publik melakukan pendampingan untuk merevitalisasi fungsi Posyandu. LPSM Yasinta mengambil peran dalam perencanaan aksi dan pemetaan kondisi kesehatan di desa dampingan. Setelah mendapatkan pemetaan tersebut, dilakukan sosialisasi dan koordinasi dengan DPRD setempat. Untuk bisa melakukan revitalisasi Posyandu, Yasinta telah melakukan koordinasi dan konsultasi dengan Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Pemerintah Kecamatan. Koordinasi tersebut bermanfaat dan bisa berkontribusi langsung bagi revitalisasi Posyandu.

b. Pelembagaan Posyandu

Pendampingan yang diberikan dalam rangka peningkatan kualitas kader Posyandu telah menyebabkan meningkatnya kepercayaan masyarakat mengenai peran dan fungsi Posyandu. Kesadaran warga yang semakin membaik mengenai hak kesehatan masyarakat dan meningkatnya kesadaran mengenai pentingnya

memiliki pola hidup sehat merupakan sebuah proses pelebagaan Posyandu yang terjadi berdasarkan kerjasama berbagai pihak diantaranya 5 (lima) elemen yang telah disebutkan diatas. Partisipasi masyarakat yang meningkat dibuktikan dengan semakin tingginya kehadiran warga setiap kali Posyandu menyelenggarakan kegiatan baik secara berkala maupun kegiatan pendukung lainnya. Warga juga berpartisipasi dalam upaya menjaga keberlanjutan Posyandu di desa melalui inisiatif pembiayaan Posyandu dengan memberikan sumbangan yang dikumpulkan setiap kali kegiatan Posyandu berlangsung. Pembiayaan dari masyarakat ini dilatarbelakangi adanya kesadaran mengenai terbatasnya anggaran yang disediakan pemerintah dalam mendukung Posyandu.

Kemitraan antar aktor yang berlangsung terjalin cukup baik sehingga hubungan antara kader, tenaga kesehatan terdidik dan pemerintah desa mampu saling mendukung. Bentuk dukungan yang diberikan misalnya dalam bentuk regulasi pemerintah desa yang mendorong pembuatan peraturan desa (PERDES KIA), penyusunan Piagam Warga, penyusunan Aturan Main Posyandu, fasilitasi SK Kader, penyusunan Profil, Visi Misi dan agenda kerja Posyandu serta pembentukan aliansi kader Posyandu tingkat Kabupaten Buton. Selain itu, pengalokasian anggaran transport bagi kader Posyandu merupakan insentif yang dirasa mampu menggambarkan kepedulian pemerintah atas kesukarelaan kader membantu menjaga dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Partisipasi warga terwujud dalam kegiatan posyandu, tidak sebatas bantu membersihkan posyandu tapi juga membantu kader menyebarluaskan informasi terkait posyandu termasuk promosi Perilaku hidup sehat dan pencegahan penyakit dan penanganan. Selain berpartisipasi, warga juga memikirkan dan mengupayakan ide-ide untuk mendorong pelebagaan posyandu dengan memanfaatkan aset dan potensi lokal di masyarakat.

Dalam penyelenggaraan Posyandu, tidak dapat dipungkiri bahwa masyarakat masih memiliki keterbatasan pemahaman mengenai kesetaraan gender. Posyandu di beberapa desa masih dianggap sebagai persoalan perempuan semata. Padahal isu kesehatan merupakan isu yang tidak memandang jenis kelamin namun memiliki dampak bagi siapa saja. Dalam praktiknya, Posyandu telah memberikan akses yang setara dan tidak memandang kemampuan ekonomi seseorang.

Persoalan utama dalam pemberian pelayanan publik adalah soal akses memperoleh layanan kesehatan yang baik. Pemberian akses kesehatan dengan tidak membedakan merupakan bentuk perlindungan bagi masyarakat yang termarginal. Pentingnya mendistribusikan informasi mengenai hak atas layanan kesehatan, cara memperoleh layanan dan mekanisme pengaduan seandainya terjadi hal yang merugikan penerima manfaat maupun masyarakat yang lebih luas.

Replikasi Posyandu

Untuk mendorong peningkatan peran dan fungsi kader Posyandu, perlu dilakukan sosialisasi mengenai kriteria dan aturan main dalam pengelolaan kegiatan tersebut. Kejelasan mengenai kegiatan yang akan dilakukan dan komunikasi yang baik dengan seluruh elemen yang bersinggungan dalam Posyandu akan turut berkontribusi bagi keberlanjutan dan pelebagaan Posyandu.

Dalam menjalankan pendampingan, salah satu strategi yang digunakan adalah dengan memanfaatkan aset lokal secara maksimal sehingga mampu berkontribusi bagi pelebagaan Posyandu. Salah satu upaya memanfaatkan aset lokal adalah dengan menyelenggarakan pertemuan di balai desa, rumah warga atau sekolah untuk pertemuan dan diskusi kelompok kader Posyandu. Pelibatan aktif tokoh-tokoh masyarakat juga akan sangat berkontribusi bagi revitalisasi Posyandu. Oleh karena

itu identifikasi tokoh kunci di level masyarakat desa/kecamatan juga akan memudahkan partisipasi masyarakat yang lebih luas. Dalam menjalankan kegiatan pendampingan, Yasinta melakukan penguatan kapasitas kader Posyandu dalam menjalankan peran dan fungsi dengan melibatkan pengelola program, staf lembaga dalam pelatihan Kesehatan Ibu dan Anak, Pelatihan TOGA, Pelatihan HIV dan AIDS, pelatihan SBA, pertemuan FLA, pertemuan CO dan asistensi-asistensi diinternal organisasi.

Membangun kemitraan merupakan upaya yang dirintis dengan berinteraksi dinamis antara warga, pemerintah daerah, kader Posyandu dan masyarakat sipil. Fase pertama dilakukan dengan membangun interaksi antara warga dengan pemerintahan desa, pemerintah kecamatan dan petugas kesehatan tingkat desa dan kepala Puskesmas. Selanjutnya dilakukan sosialisasi mengenai program sehingga dapat dilaksanakan bersama-sama.

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan Posyandu, tak dapat dipungkiri partisipasi masyarakat menjadi kunci keber-hasilan. Oleh karena itu pelibatan secara sadar perlu didorong di lingkungan masyarakat. Pelibatan tersebut tidak hanya dilakukan pada lingkungan yang bersentuhan langsung pada Posyandu. Akan tetapi partisipasi masyarakat secara lebih luas perlu menyasar target tertentu khususnya perempuan. Partisipasi laki-laki tentu juga diperlukan dalam hal ini, sehingga akan berkontribusi langsung pada perbaikan kualitas kesehatan dalam keluarga.

Proses pelibatan seluruh elemen masyarakat dan pemerintah yang terlibat dan bersinggungan dengan Posyandu merupakan tahapan yang harus dilalui. Keberlanjutan dapat diwujudkan jika seluruh lapisan masyarakat telah memiliki kesadaran mengenai pentingnya fungsi dan peranan Posyandu bagi kualitas kesehatan ibu dan anak. Jika kualitas kesehatan ibu dan anak baik maka secara tidak langsung akan berkontribusi bagi peningkatan kesejahteraan keluarga. Persinggungan dengan kesejahteraan tersebut tentu akan memudahkan keluarga memperoleh kualitas hidup layak.

c. Hasil

Setelah mengikuti serangkaian pelatihan, asistensi, diskusi dan sharing pembelajaran maka staff lembaga juga telah mampu melakukan proses-proses pendampingan dan fasilitasi dilokasi dampingannya masing-masing. Perubahan yang signifikan dapat dilihat pada peningkatan kapasitas kelompok kader posyandu dalam mengembangkan tanaman obat keluarga dan pengelolaan posyandu, kelompok kader posyandu mampu memotivasi warga untuk terlibat di posyandu. Dalam konteks keluarga, dengan adanya peningkatan peran dan fungsi Posyandu tentu mempengaruhi kualitas kesehatan keluarga dan secara tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup layak keluarga. Dengan kondisi keluarga yang memperoleh kualitas hidup layak maka pos keuangan yang digunakan untuk mengakses pengobatan bisa dialihkan untuk pos keuangan lainnya. Oleh karena itu, Posyandu memiliki fungsi dalam mengembangkan tanaman obat keluarga dan pengelolaan posyandu, kelompok kader posyandu mampu memotivasi warga untuk terlibat di posyandu. Dalam konteks keluarga, dengan adanya peningkatan peran dan fungsi Posyandu tentu mempengaruhi kualitas kesehatan keluarga dan secara tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup layak keluarga. Dengan kondisi keluarga yang memperoleh kualitas hidup layak maka pos keuangan yang digunakan untuk mengakses pengobatan bisa dialihkan untuk pos keuangan lainnya. Oleh karena itu, Posyandu memiliki fungsi vital bagi masyarakat yang sulit mengakses layanan kesehatan baik karena terbatasnya layanan maupun karena mahal biaya kesehatan.

Catatan Penutup

Aktor :



Praktik baik pelayanan publik dapat dikembangkan di wilayah lainnya dengan memperhatikan faktor-faktor yang berkaitan dengan pelayanan publik tersebut. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa praktik baik pelayanan publik dalam hal ini peningkatan peran dan fungsi Posyandu dapat dilakukan dengan memperhatikan faktor berikut :

- Adanya komitmen bersama meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.
- Partisipasi seluruh elemen yang berkaitan dengan layanan kesehatan (Pemerintah, DPRD, Masyarakat, Tokoh Masyarakat dan Organisasi Masyarakat Sipil).
- Komunikasi yang baik akan mempengaruhi keberlangsungan usaha meningkatkan peran dan fungsi Posyandu.
- Keinginan belajar mengenai pola hidup sehat dan kesadaran untuk menerapkan pola hidup sehat.
- Kesukarelaan dalam menyelenggarakan Posyandu sehingga tetap berkelanjutan dengan atau tanpa bantuan pendanaan khusus dari pemerintah.
- Rekomendasi bagi penyebarluasan praktik baik ini adalah melakukan identifikasi secara detail mengenai kondisi kemasyarakatan dan pola-pola relasi serta kontribusi yang

dapat diberikan/dilakukan masyarakat dalam menjaga keberlanjutan Posyandu.

Pada dimensi proses dengan adanya regulasi baru yang mengatur perbaikan standar pelayanan yang semula dengan pelayanan 5 (lima) meja menjadi 10 (sepuluh) meja tentunya mendorong proses pelayanan yang terintegrasi dan terencana dengan baik. Jika proses integrasinya masih mengalami kendala tentu menjadi sulit mengimplementasikan pelayanan publik yang terintegrasi dengan baik.

Perlunya meningkatkan program preventif dan promotif dengan menggunakan cara-cara kreatif sehingga warga tidak bosan dan terus memperoleh pengetahuan atau informasi baru mengenai isu kesehatan dan penanganannya. Dengan keberadaan potensi lokal yang berlimpah baik dari hasil laut, hasil perkebunan, pertanian dan peternakan tentu perlu pula mengembangkan masyarakat desa yang bisa mengolah hasil dari potensi lokal untuk peningkatan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat. Pemanfaatan obat tradisional sebagai salah satu alternatif pencegahan penyakit perlu terus dilakukan. Obat tradisional lebih mudah diperoleh warga jika keberadaan apotik hidup di sekitar pekarangan rumah tersedia. Hal ini menjadi penting mengingat akses masyarakat yang masih sulit menjangkau fasilitas kesehatan dan obat-obatan. Di sisi lain, penggunaan obat-obat tradisional juga membantu masyarakat agar tidak tergantung dengan obat-obatan kimiawi yang memiliki efek jangka panjang bagi tubuh. Selain itu, distribusi tenaga terdidik kesehatan dan jumlah penduduk yang tidak sebanding menyebabkan beberapa wilayah di Kabupaten Kabupaten Buton belum mampu memberikan akses dan pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak yang berkualitas.

Dari seluruh uraian hasil penelitian ini, kesadaran para aktor dan keinginan untuk memaksimalkan peran masing-masing aktor merupakan faktor yang berpengaruh signifikan dalam terselenggaranya layanan publik yang lebih baik. Persoalan akses dan layanan yang berkualitas menjadi kebutuhan seluruh masyarakat.

Praktik baik pemenuhan hak yang terjadi di wilayah Kabupaten Kabupaten Buton menunjukkan bahwa pelebagaan Posyandu bisa terselenggara dengan kerjasama dan kontribusi aktif dari 5 elemen yang terkait. Tumbuhnya kesadaran yang kemudian terwujud dalam inisiasi melakukan peningkatan peran dan fungsi Posyandu menunjukkan bahwa kualitas layanan kesehatan masih memiliki persoalan. Namun, ada upaya dan usaha bersama untuk melakukan perbaikan. Pada dimensi proses, praktik baik peningkatan peran dan fungsi Posyandu ini kemudian menggerakkan berbagai pihak untuk saling berkontribusi sehingga yang terjadi kemudian tidak hanya sebatas peningkatan peran dan fungsi Posyandu tetapi mengarah pada pelebagaan praktik baik Posyandu di masyarakat. Kecenderungan ini terlihat dalam beberapa Posyandu yang memiliki perbaikan signifikan sebelum dan sesudah pendampingan oleh LPSM Yasinta. Pada Dimensi dampak, terjadi perubahan kesadaran dan perubahan Perilaku masyarakat mengenai pentingnya pola hidup sehat. Menurunnya angka gizi buruk, kesehatan anak dan ibu yang lebih terjaga dan beberapa Posyandu mampu mendorong pemerintah Kecamatan dan desa untuk menempatkan tenaga kesehatan terdidik tinggal di desa sehingga prinsip mendekatkan layanan publik pada masyarakat secara perlahan dapat diwujudkan.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU DAN LAPORAN

- Bovaird, Tony. 2007. "Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services", in *Public Administration Review*, Vol. 67 (Sep/Oct). Hal. 846.
- Kodhiyat (editor ahli). 2006. *Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Publik Kiat dan Terobosan Kabupaten/Kota*. Kementrian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara. Jakarta.
- Bantaeng Dalam Angka Tahun 2011.
- Bima Dalam Angka Tahun 2011.
- Dokumen APBD Perubahan Kabupaten Jeneponto 2011.
- Dokumentasi Layanan Publik KBR 68H dan Pos Kupang, dokumen Stimulant Institute, 2010.
- Fitri, Fransisca.dkk, *Indeks Masyarakat Sipil : Profil 16 Kabupaten/Kota*, Jakarta: YAPPIKA, 2011
- Hanif, Hasrul & Ucu Martanto (editor). 2005. *Terobosan dan Inovasi Manajemen Pelayanan Publik*. FISIPOL UGM Yogyakarta.
- Jeneponto dalam Angka 2010.
- Jeneponto dalam Angka 2011.
- Kabupaten Muna Dalam Angka Tahun 2011.
- Kesepakatan Komitmen Kinerja Pelayanan Publik tahun 2011.
- Kabupaten Kupang Dalam Angka Tahun 2010.
- Laporan Lambu Ina dalam Program ACCESS Phase II.
- Laporan Studi "Upaya Revitalisasi Posyandu Berbasis Potensi Lokal di Kabupaten Buton – Sulawesi Tenggara".
- Laporan Triwulan (Monitoring) Perkembangan Rencana Aksi, Yasinta, Mei 2011.
- Laporan Triwulan II (Monitoring) Perkembangan Rencana Aksi, Yasinta, Agustus 2011.
- Lombok Barat Dalam Angka tahun 2010.

Makambombu, Stefanus, *Analisis Indikator Kinerja Sektor Pendidikan dari Aspek Pengelolaan Anggaran, Laporan Penelitian*, Stimulant Institute dan BAPPEDA Kabupaten Sumba Timur, 2011.

Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2010

Pengawasan DPRD Terhadap Pelayanan Publik, Seri Penguatan Legislatif, LGSP – USAID, 2009.

Proposal Publik Bicara, Stimulant Institute, 2009.

RPJMD Kabupaten Sumba Timur 2011-2012

Sumba Timur dalam Angka 2011

Survei JMS Lombok Barat tentang Tingkat Kepuasan Pengguna Layanan tahun 2010.

ARTIKEL

Hasil Lokakarya SMD (Survei Mawas Diri) Desa Oelomin

Proceeding sosialisasi desa sehat berbasis masyarakat dan pemilihan fasilitator desa siaga tanggal 28 Agustus 2010

Proceeding hasil lokakarya hasil SMD desa Oelomin, 20 Januari 2011.

Pusat Data Puskesmas Oemasi tahun 2011

Data Persalinan Ibu Hamil Puskesmas Oemasi

Indeks Pembangunan Manusia Jeneponto 2008

Indeks Pembangunan Manusia Jeneponto Tahun 2009

RPJMD Kabupaten Jeneponto 2008-2013

PERATURAN PER-UNDANG UNDANGAN

Keputusan Menteri Dalam Negeri No Up 7/14/34 tentang Pembentukan Kabupaten Lombok Barat

Peraturan Menteri Kesehatan No.741 Tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal bidang Kesehatan

Draft Rancangan Peraturan Pemerintah Tentang Pedoman Pelaksanaan Undang Undang Pelayanan Publik

Permenkes No. 564 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga

Surat Edaran dengan nomor: 440/77/XI/Adm.Kesra/2010 tentang Surat Keterangan Tidak mampu

Undang Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan

Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik

Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat No.6 Tahun 2009 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Perda No. 7 Tahun 2009 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Bantaeng Tahun 2008 – 2013.

WEBSITE

<http://makassar.antaranews.com/berita/29431/bantaeng-raih-penghargaan-terbanyak-otonomi-awards>, Kamis, 16 Februari 2012, Pukul 22.05 WIB.

<http://regional.kompasiana.com/2011/11/23/bantaeng-sebagai-kabupaten-sehat-tingkat-nasional/>; Senin, 27 Februari 2012, Pukul 21.30 WIB.

Fajaronline, 12 Juli 2011

Fajaronline, 25 Januari 2012

http://ntt.bps.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=92

<http://www.sumbatimurkab.go.id/visi-dan-misi.html>

http://ntt.bps.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=92

Tinggal Separuh Posyandu di Indonesia; <http://www.beritasatu.com/kesehatan/32>

www.bimakab.go.id

www.radarbuton.com

<http://www.butonkab.go.id/ind>

<http://sultra.bps.go.id/index.php>

Sekilas Tentang Masyarakat Peduli Pelayanan Publik (MP3)

Masyarakat Peduli Pelayanan Publik (MP3) adalah nama yang disepakati jaringan yang pada tahap awal akan berfokus pada pengawalan RUU Pelayanan Publik usulan pemerintah, dengan mencoba mempengaruhi kerangka RUU dengan paradigma HAM yaitu pemenuhan dasar merupakan kewajiban negara. MP3 dibentuk mempertimbangkan kepentingan untuk mengakomodir gerakan advokasi pelayanan publik baik di tingkat nasional maupun daerah. Sehingga MP3 akan melibatkan seluruh elemen dalam masyarakat seperti LSM, Ormas, individu, akademisi, media, dll.

• Goal

Mewujudkan terpenuhinya hak-hak dan kebutuhan dasar melalui pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah dan sektor swasta.

Tujuan

1. Mendorong terpenuhinya hak-hak dasar rakyat dalam penyelenggaraan pelayanan public oleh pemerintah dan sektor swasta.
2. Mendorong lahirnya kebijakan pelayanan publik yang menghormati, melindungi dan memenuhi hak-hak dasar baik di tingkat nasional maupun di daerah.
3. Mengonsolidasikan masyarakat sipil untuk mewujudkan terpenuhinya hak-hak dasar rakyat melalui pelayanan publik yang dilakukan oleh negara dan sektor swasta.

• Prinsip

- a. Independen, artinya setiap anggota jaringan bersifat mandiri, otonom;
- b. Egalitarian; artinya setiap anggota jaringan senantiasa menunjukkan sikapnya dalam beraktifitas dengan menonjolkan anti diskriminasi, anti kekerasan dan non dominasi;
- c. Kejujuran; artinya setiap anggota jaringan senantiasa menonjolkan sikap transparan dan akuntabel.
- d. Demokratis; artinya setiap anggota jaringan selalu menunjukkan sikap aspiratif dan partisipatif;
- e. Kerelawanan; artinya setiap anggota jaringan bersedia berkontribusi waktu, pikiran dan tenaga demi tercapainya tujuan jaringan.

Jaringan Masyarakat Peduli Pelayanan Publik (MP3)

Sekretariat Nasional: YAPPIKA

Simpul Jabodetabek: APRN, Bina Desa, Bina Swadaya, CIBA, Dompot Dhuafa, FITRA, FPPM, HUMA, HWPCI, IBC, ICW, IMZ, IPC, IPW, INFID, JARI, Kalyanamitra, KPI, KRHN, KRUHA, KKP, KUIS, Lakpesdam NU, LBH Jakarta, LSPP, Maarif Institute, PATTIRO, PKBI, P3I, PSHK, PERTUNI, PPCI, TII, UPC, WALHI, Yayasan Keluarga Bunda, YLKI, **Simpul Sumatera Selatan:** PINUS (Pilar Nusantara), **Simpul Lampung:** PUSSBik (Pusat Study Strategi dan Kebijakan), **Simpul Banten:** PIW (Pusat Informasi Warga), **Simpul Pasundan:** P3ML (Pusat Pengkajian dan Pengembangan Masyarakat Lokal), **Simpul Jawa Tengah-DIY:** UNDIP, PATTIRO Surakarta, PATTIRO Pekalongan, PATTIRO Semarang, **Simpul Jawa Timur:** Intrans Institute, MCW (Malang Corruption Watch), **Simpul Kalimantan Timur:** Pokja 30, **Simpul Sulawesi Selatan:** KOPEL (Komite Pemantau Legislatif), **Simpul Sulawesi Tenggara:** PPAK (Aliansi Peduli Perempuan dan Anak), **Simpul Gorontalo:** LP2G (Lembaga Pengkajian Pembangunan Gorontalo) **Simpul NTB:** DPA (Dewan Peduli Anggaran), LSBH (Lembaga Studi dan Bantuan Hukum), JMS (Jaringan Masyarakat Sipil) Lombok Barat, **Simpul NTT:** PIAR (Perkumpulan Pengembangan Inisiatif dan Advokasi Rakyat), Rumah Perempuan, Sanggar Suara Perempuan, INCREASE, Stimulant Institute, **Simpul Bali:** Sloka Institute